介護保険（要介護認定・要支援認定／要介護更新認定・要支援更新認定）申請書

五戸町長 様

次のとおり申請します。

＊申請者が被保険者本人の場合は、申請者住所・電話番号は記載不要

		申請年月日	平成　　年　　月　　日
申請者氏名	印	本人との関係	
申請者住所	〒 電話番号		
提出代行者名称	該当に○（地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設） 印 （担当者氏名　　）		
提出代行者所在地	〒 電話番号		

被保険者	被保険者番号		生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日
	フリガナ		性別	男　・　女
	氏名			
	住所	〒 電話番号		
	前回の要介護認定の結果等（要介護・要支援更新認定の場合のみ記入）	要介護状態区分　1　2　3　4　5　経過的要介護　　要支援状態区分　1　2		
		有効期間　平成　年　月　日から　平成　年　月　日		
	過去6月間の介護保険施設・医療機関等入院、入所の有無 有・無	介護保険施設の名称等・所在地	期間 平成　年　月　日～　年　月　日	
		介護保険施設の名称等・所在地	期間 平成　年　月　日～　年　月　日	
		医療機関等の名称等・所在地	期間 平成　年　月　日～　年　月　日	
		医療機関等の名称等・所在地	期間 平成　年　月　日～　年　月　日	

主治医	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒 電話番号		

第二号被保険者（４０歳から６４歳の医療保険加入者）のみ記入

医療保険者名		医療保険被保険者証記号番号	
特定疾病名			

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成するために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を、五戸町から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。

本人氏名　　印

介護保険　介護(支援)認定申請書別紙

認定調査連絡票

※これは、五戸町で委託した調査員へ連絡のために送られます

被保険者氏名		被保険者番号	

※被保険者の居所

被保険者の現在の居所 (住所と違う場合に記入)	〒 TEL	駐車場の有無 (丸をつけてください)
施設・入院先名		駐車場あり 駐車場なし

※調査日調整のための連絡先

氏名		被保険者との関係	
TEL		自宅・職場	連絡希望時間

※調査時同席者の有無

調査時同席者の要・不要	要・不要	要の場合　氏名	

※現在のサービス利用状況(申請月)

サービス種類	利用曜日	1ヶ月の利用回数
訪問介護	月 火 水 木 金 土 日	
訪問入浴介護	月 火 水 木 金 土 日	
訪問看護	月 火 水 木 金 土 日	
訪問リハ	月 火 水 木 金 土 日	
居宅療養管理指導	月 火 水 木 金 土 日	
通所リハ	月 火 水 木 金 土 日	
通所介護	月 火 水 木 金 土 日	
福祉用具貸与		品目
福祉用具購入(過去６ヶ月以内)		品目
住宅改修	有　　無	
短期入所生活介護	～	
(予定・利用済み日)	～	
短期入所療養介護	～	
(予定・利用済み日)	～	

※その他特に注意して調査してほしいことを記入してください。