

{
}
 介護保険
 {
}
 申請書

要介護認定・要支援認定  
 要介護更新認定・要支援更新認定

三木町長 様

次のとおり申請します。

申請年月日

年 月 日

被 保 者	被保険者番号				個人番号				
	医 療 保 険	保険者名						保険者番号	
		被保険者 記号・番号		記号		番号		枝番	
	フリガナ				生年月日		明・大・昭 年 月 日		
	氏 名				性 別		男 ・ 女		
	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		要支援状態区分 1 2		
					有効期限 年 月 日 から 年 月 日				
			※14日以内 に他自治体 から転入し た者のみ記 入		転出元自治体（市町村）名 [ ]				
現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 （既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください） <span style="float: right;">はい ・ いいえ</span>									
過 去 6 月 間 の 介 護 保 険 施 設 、 医 療 機 関 等 へ の 入 院 、 入 所 の 有 無		介護保険施設等の名称等・所在地				期間 年 月 日～ 年 月 日			
		介護保険施設等の名称等・所在地				期間 年 月 日～ 年 月 日			
		医療機関等の名称等・所在地				期間 年 月 日～ 年 月 日			
		医療機関等の名称等・所在地				期間 年 月 日～ 年 月 日			
有 ・ 無						期間 年 月 日～ 年 月 日			

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・介護医療院）					
	住 所	〒					
		電話番号					

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

特定疾病名							
-------	--	--	--	--	--	--	--

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営の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、主治医意見書、三木町が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、三木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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する（地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。）ことに同意します。

本人氏名 \_\_\_\_\_

裏面もご記入ください。

代筆者氏名 \_\_\_\_\_

※認定調査（40分～60分程度）を円滑に行うため、記入をお願いいたします。

<p>調査場所</p>	<p><input type="checkbox"/> 自宅 電話 _____</p> <p><input type="checkbox"/> 病院（入院中） 病院名 _____          病室 棟 階 _____          情報 _____ 号室 電話 _____</p> <p><input type="checkbox"/> 施設（入所中） 施設名 _____          電話 _____</p> <p><input type="checkbox"/> その他 _____          電話 _____</p>																		
<p>調査員駐車スペース</p>	<p><input type="checkbox"/> 自宅敷地内</p> <p><input type="checkbox"/> なし 駐車できる場所を教えてください          ( _____ )</p>																		
<p>家族状況</p>	<p><input type="checkbox"/> 一人暮らし    <input type="checkbox"/> 同居（夫婦のみ）    <input type="checkbox"/> 家族同居</p>																		
<p>調査時の立会い</p>	<p><input type="checkbox"/> 希望しない</p> <p><input type="checkbox"/> 希望する  <small>フリガナ</small>          氏名 _____ 続柄 _____          電話 _____</p>																		
<p>訪問調整日</p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 5px; width: fit-content; margin-top: 10px;"> <p>調査日時              月～金曜日              9時～15時              休日除く</p> </div>	<p>本人・立会者の都合の悪い曜日に×を付けてください。</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th></th> <th>月</th> <th>火</th> <th>水</th> <th>木</th> <th>金</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>午前</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>午後</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>※デイサービス、通院等理由も記入ください</p>		月	火	水	木	金	午前						午後					
	月	火	水	木	金														
午前																			
午後																			
<p>調査時注意点</p>	<p>事前に調査員へ伝えておきたいことがありますか。</p> <p><input type="checkbox"/> 病名・病名を告知していない</p> <p><input type="checkbox"/> 本人の前で話しにくいことがある</p> <p><input type="checkbox"/> その他（病名や介護認定申請理由など）</p>																		