

# 介護保険 要介護認定・要支援認定申請書

介護保険被保険者証を添付してください

[ 新規 ・ 更新 ・ 区分変更 ] ※左の申請区分を○で囲んでください。

(あて先) 志賀町長  
次のとおり申請します。

令和 年 月 日申請

受付

窓口に来た人 (申請者本人の場合は記載不要)	フリガナ 氏名 住所 電話番号 ( ) -	申請者との関係 ( )
---------------------------	--------------------------------	-------------

申請者 (認定を受けようとしている方)

被保険者番号	個人番号
--------	------

医療 保 険	保険者名	保険者番号
	被保険者証 記号	番号 枝番

フリガナ 氏名	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (年齢: )
	性別	男 ・ 女

住所 (住民登録地) 〒	電話番号 ( ) -
-----------------	------------

入院・入所先または居住地住所 (現在、上記住所に居住していない方は、実際の居住地等を記入してください) 〒	電話番号 ( ) -
--	------------

施設名等	入所(予定)期間 年 月 日～ 年 月 日
------	-----------------------

現在(最終)の認定区分	なし 要支援状態区分 1 2 要介護状態区分 1 2 3 4 5
-------------	----------------------------------

認定有効期間	年 月 日 から 年 月 日まで
--------	------------------

変更申請・要支援認定からの新規申請の理由 (心身の状態の変化をお書きください)	
--	--

主治 医	主治医の氏名	医療機関名 診療科目	科
	所在地	〒 電話番号 ( ) -	
	最終診療	年 月 日	次回受診 予定日 年 月 日

第二号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)のみ記入

特定疾病名	
-------	--

介護サービス計画又は介護予防サービス計画作成等のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、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志賀町から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅介護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 \_\_\_\_\_ 代筆者氏名 \_\_\_\_\_ 関係 ( ) \_\_\_\_\_

※該当に「レ」点をつけてください。

提出 代 行者	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 指定介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 民生委員等	住所 〒	電話 ( ) -
		名称	担当ケアマネージャー

● 認定調査情報

調査同席有無	同席者氏名	本人との関係
有・無		
連絡先 ※平日の昼間に 連絡のとれる番号	(自宅) ( ) -	(携帯) - -
備考		

※希望日に調査できない場合もありますので、ご了承ください。

● 要介護（支援）認定申請に関するアンケート

① 家族の状況

一人暮らし                       高齢者だけの世帯                       息子(娘)等と同居

親族と同居                       その他 ( )

② 現在困っていることは何ですか？

主に本人の身体的な理由

移動 ( )

排泄 ( )

入浴 ( )

食事 ( )

その他 ( )

主に本人の精神的な理由

認知症 ( )

その他 ( )

介護者側の理由

介護負担軽減 ( )

その他 ( )

③ 今回の申請の経緯

病院ですすすめられた ( 誰に: )

本人の希望 ( )

家族の希望 ( )

その他 ( )

④ メモ

● 結果送付先

住所	〒		
氏名		本人との関係	

※上記の送付先へは、今回の認定結果通知のみの郵送になります。今後も送付先を指定される場合はお申し付けください。