

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

那珂川町長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被 保 者	介護保険 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												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		要介護状態区分 1 2 3 4 5					要支援状態区分 1 2																		
			有効期間										年		月		日から		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		介護保険施設の名称等・所在地										期間		年		月		日～		年		月		日	
			介護保険施設の名称等・所在地										期間		年		月		日～		年		月		日	
有・無		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		

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、那珂川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 _____

受付シート

記入日 年 月 日

1. 窓口に来た方

ご本人（対象者自身） 家族（対象者との関係）《 》

2. ご本人は65歳以上ですか

65歳以上 64歳以下

3. 現在、要介護認定を受けていますか

要支援1・2 要介護1～5 事業対象 受けていない

4. 窓口に来た理由

医療機関（医師）に勧められた 通院中
家族・友人に勧められた
足腰が弱ってきた、体力が低下してきた
その他
 （ ）

（ 入院中 令和 年 月 日入院
 退院予定 令和 年 月 日・未定 ）

5. 生活状況について

①歩けるか（歩行） できる つかまれば可 できない
 ②着替えができる（更衣） できる 一部助けが必要 できない
 ③一人で入浴できるか（清潔） できる できない
 ④一人でトイレにいけるか（排泄） できる おむつ使用中 できない
 ⑤日常生活に支障のある物忘れがあるか ない 年相応 ある （認知症の診断あり）

6. 使いたいサービスはありますか

訪問型

- 緩和型（いきいきヘルパー） 訪問看護
- 現行 訪問入浴

通所型

- 短期集中運動教室 訪問リハビリ
- （元気はつらつ教室） 通所リハビリ（デイケア）
- 現行 福祉用具

配食 短期入所（ショートステイ）
その他 住宅改修

・^{ころ}転ばん運動教室 小規模多機能
 ・地区サロン 施設入所

連絡先	氏 名（ ）対象者との関係（ ） 電話番号（ ）		
立会いの有無	有 ・ 無		
○調査時に留意してほしいことがありましたら、ご記入ください。			
<table border="1" style="float: right;"> <tr> <td style="width: 50px; height: 20px;">受付印</td> </tr> <tr> <td style="height: 40px;"></td> </tr> </table>		受付印	
受付印			