



更新申請

要介護認定・要支援認定 申請書

すさみ町長 岩田 勉 様

次のとおり申請します。

個人番号

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号	4	0	6	0	0											申請年月日		
	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							
												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 令和 年 月 日 から 令和 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。 はい ・ いいえ (すで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) 「はい」の場合、申請日 年 月 日																
	介護保険施設 入院・入所の 有無 (短期入所を 除く)	有	入院・入所施設名 所在地																
無		介護保険施設以外の入院医療機関名・入所施設名 所在地																	

申請者氏名		本人との 関係	
提出代行者 名称	該当に○(地域包括支援センター・居宅支援事業所・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護医療院・介護医療院)		
申請者住所	〒		
	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			

2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、すさみ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、すさみ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。

代筆者

本人氏名



◆◆◆ 認定調査について ◆◆◆

要介護認定のために、認定調査員があなたのご自宅などにお伺いし、あなたの心身の状況に関することについて、お聞きします。

訪問調査に先立って、次の事項をお聞かせいただき、調査の参考にさせていただきます。

本人氏名		
日程調整を行う 連絡先	連絡者名	
	電話番号	
認定調査実施場所		

1. 認定調査希望日時について

- ① 特にない
- ② 曜日や時間に希望がある(曜日)(午前 ・ 午後 時頃)

後日調査員からご連絡いたしますが、ご希望どおりにならない場合もあります

- ③ デイサービスや通院の曜日等、ご都合の悪い日を記入してください。

- ④ 利用されているサービス(曜日・回数)福祉用具貸与(種類・個数)など

2. 認定調査時にどなたか同席される方はいますか？

- ① いる…家族、その他() 氏名() 電話番号()
- ② いない

3. あなたの意思を調査員に伝えるために、手話通訳などが必要ですか？

- ① 必要…具体的にどのような人ですか？()
- ② 必要ない

4. その他、調査に関して何か伝えておきたいことがありましたらご記入ください。

*認定調査では、基本的に実際にできるかどうかの行動をしていただく項目があります。

動かすこと等ができない場合は調査員に申し出ていただき、詳しい状況を説明していただく必要があります。