

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

奈良県高市郡明日香村長 様  
次のとおり申請します。

申請年月日 平成 年 月 日

|             |  |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |      |       |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------|--|---------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|------|-------|---|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 被<br>保<br>者 | 被保険者番号   |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |      | 個人番号  |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             | 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<br><small>*要介護・要支援更新認定の場合のみ記入</small> | 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 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |      |       |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             | 過去6月間の<br>介護保険施設・<br>医療機関等入院、<br>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 |  |  |  |  |  |  |  |      |       |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             |  | 医療機関等の名称等・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 |  |  |  |  |  |  |  |      |       |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|         |  |        |  |
|---------|--|--------|--|
| 申請者氏名   |  | 本人との続柄 |  |
| 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  |        |  |

|     |        |      |       |  |
|-----|--------|------|-------|--|
| 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

|        |  |                   |       |
|--------|--|-------------------|-------|
| 医療保険者名 |  | 医療保険<br>被保険者証記号番号 |       |
| 特定疾病名  |  | 医療保険<br>資格取得年月日   | 年 月 日 |

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は必要があるときは、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、明日香村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 \_\_\_\_\_

※裏面もご記入下さい。

# 訪 問 調 査 連 絡 票

事前に訪問調査員にあなたの状況を伝えるために、以下の内容についてご記入下さい。

1. 訪問調査における家族（介護者等）の立ち会い

必要なし（本人のみで調査が可能）→2へお進みください。以下は記載不要です。

必要あり（以下に記載して下さい。）

|                   |
|-------------------|
| 家族等氏名 _____ 続柄（ ） |
| 自宅Tel _____       |
| 携帯Tel _____       |

2. 訪問調査員が電話しても良い曜日や時間帯を下記にご記載願います。また、訪問日の調整のために調査員より電話をさせていただきますので、連絡が付きやすい曜日や時間帯等もご記載下さい。

電話での連絡が付きやすい曜日等

|                                 |                       |
|---------------------------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> いつでも良い | 月・火・水・木・金・土・日曜日（希望に○） |
| <input type="checkbox"/> いつでも良い | 午前・午後 時 ~ 午前・午後 時頃    |

訪問しても良い曜日等（あらかじめお電話で調整させていただきますが、訪問しても良い曜日や時間帯等があればご記載下さい。）

|                                 |                       |
|---------------------------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> いつでも良い | 月・火・水・木・金・土・日曜日（希望に○） |
| <input type="checkbox"/> いつでも良い | 午前・午後 時 ~ 午前・午後 時頃    |

3. 認知症の症状（ご本人）

なし

あり

4. 訪問調査について、調査員に伝えておきたい事があれば記入して下さい。  
(がん告知の有無や調査では判りづらい認知症状、調査場所が住所と異なる場合など)  
新規申請の場合は、現在の身体状態や精神状態等について簡潔に記入して下さい。

|  |
|--|
| <br><br><br><br><br><br><br><br><br><br> |
|--|