

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  
要介護認定変更

申請書

玉名市長 様

次のとおり申請します。

申請者氏名	申請年月日	令和 年 月 日
	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)	
申請者住所	〒 電話番号	

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 者	被保険者証	記号	番号	枝番
フリガナ	生年月日			年 月 日 ( ) 歳
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

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・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果及び意見並びに主治医意見書を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。

市 町 村 確 認 欄	
証の回収	介護保険資格者証受領者
有・無	本人・家族・その他 ( )

本人氏名

(代筆者)

訪問予定日	令和 年 月 日 時 分	受付		予約	
-------	--------------	----	--	----	--

## 受付情報

※受付事務・訪問調査を円滑にするため、できるだけ正確に最新の情報を記入してください。

申請理由	申請やサービス利用の目的 ( ) 主な既往歴( ) 利用希望サービス(訪問系・通所系・短期入所・住宅改修・福祉用具・施設入所)																														
本人の居場所(調査場所)	自宅 ( 独居 ・ 高齢者のみ ・ 同敷地内 ・ 同居 ) 行政区( ) 世帯主名( ) 駐車場の有無 有 ・ 無 (無の場合近隣の駐車場 ) 自宅外 ( )																														
	施設 ( ) 病院 ( 階 病棟 号室) 退所 ・ 退院予定 月 日頃 ・ 未定																														
調査時の同席者	※日頃の状況が分かる方をお願いします。 氏名( ) 本人との続柄( ) 昼間の連絡先 自宅 ・ 勤務先( ) 連絡可能な時間帯 携帯電話( ) ( ) 同席者への別室での聞き取り希望 : 有 ・ 無																														
介護サービス利用状況	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>月</th> <th>火</th> <th>水</th> <th>木</th> <th>金</th> <th>土</th> <th>日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>午前</td> <td></td> <td></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> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> 短期入所施設利用 _____ 日/月 福祉用具 _____ 担当ケアマネージャー 所属 _____ 氏名 _____								月	火	水	木	金	土	日	午前								午後							
	月	火	水	木	金	土	日																								
午前																															
午後																															
本人状況(普段の様子)	※更新申請の場合、変化がないときは記載の必要はありませんので変化無に○を付けてください。																														
	更新の場合前回との比較			変化 有 ・ 無																											
	歩行	独歩・伝い歩き・杖・シルバーカー・歩行器・車椅子・ほう その他 ( )																													
	聴力 ・ 視力	聴力 問題無し ・ 難聴 視力障害 無 ・ 有																													
	伝達	問題無し・ ( )																													
	変化有の内容	※入院中の場合は入院目的を記載してください。																													
認知症等困っている状況																															
その他	事前に調査員に伝えておきたいこと等																														
※事情により送付先の変更を希望される場合 〒 _____ 住所 : _____ _____ 氏名 : _____ 本人との続柄 : _____																															

