

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

椎葉村長 殿

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 険 者	被保険者番号		個人番号		
	フリガナ		生年月日	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・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	
			有効期限	年 月 日 から	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 []		
	過去6月間の 介護保険施 設、医療機関 等への入院・ 入所の有無	介護保険施設等の名称等・所在地	期間	年 月 日～	年 月 日
	有 ・ 無	介護保険施設等の名称等・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
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・居宅介護支援事業所・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・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

医療保険者名		医療保険被保険者 証記号番号	
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、及び主治医意見書を、椎葉村から地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、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

①現在の状況を教えてください。

(該当に○印)

1. 認定調査ができる状態です。(状態が落ち着いている)
2. 状態が不安定である。(入院したばかり・血圧等症状が安定しない など)

2 と答えた方

1. 医療機関はどこですか？

医療機関名

住 所

電 話 番 号

2. いつから入院していますか

3. 退院の予定は決まっていますか？退院の予定が決まっていれば、いつ頃ですか？

②居宅サービス計画の作成依頼をしていますか？

1. している。
2. していない。

1 と答えた方は、作成依頼をしている事業者を教えてください。

1. 平寿園居宅介護支援事業所
2. 椎葉村社会福祉協議会居宅介護支援事業所
3. 椎葉村地域包括支援センター
4. その他()

③初めて要介護認定を受ける方について、どんな介護サービスを受けたいと考えていますか？認定を受けている方は今どんなサービスを受けていますか？

1. 訪問介護(ホームヘルプサービス)
2. 通所介護(デイサービス)
3. 短期入所(ショートステイ)
4. 福祉用具購入費
5. 住宅改修
6. 福祉用具貸与
7. 施設入所
8. その他(具体的に)

[]

④これまでに要介護認定を受けていたにもかかわらず、介護サービスを受けていない方については、その理由を教えてください。

[]

⑤次回の受診予定日を教えてください。

令和 年 月 日