

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

白浜町長様

次のとおり申請します。

		申請年月日	平成 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	
	氏名		明・大・昭 年 月 日	
	住所	〒	性別	
			男・女	
			電話番号	
	過去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	
過去6ヶ月の介護保険施設・医療機関等入院・入所の有無	有効期間 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日			
	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		

提出 代 行 者	氏名称	該当に○（地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・地域密着型介護老人福祉施設・介護保険施設・その他<>）
	住所	〒
	印	本人との関係
		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		医療保険被保険者記号番号	
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、白浜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。

※確認欄

取	扱	資格者証
<input type="checkbox"/> 本庁	<input type="checkbox"/> 日置川	<input type="checkbox"/> 済み
<input type="checkbox"/> 富田	<input type="checkbox"/> 安居	
<input type="checkbox"/> 椿	<input type="checkbox"/> 市鹿野	

本人氏名 \_\_\_\_\_

※ 更新申請の際には、必ず介護保険被保険者証をご持参下さい。

## ◆◆◆ 認定調査について ◆◆◆

要介護認定のために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		
日程調整を行う場合の	連絡先	— —
	連絡者名	
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 )
- (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。

[ ]

※後日、訪問調査員から連絡いたしますが、ご希望どおりにならない場合もあります。

### 2. 認定調査時どなたか同席される方がいますか。

- (1) いる……………家族・その他( )
- (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

その他認定調査に関して、何か伝えておきたい事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。