

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

川崎町長 様

次のとおり申請します。

申請年月日

令和

年

月

日

被 保 者	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											
		被保険者証	記号										番号								枝番			
	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		*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 平成・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。 （既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 ・ いいえ									
	「はい」の場合、申請日 令和 年 月 日																							
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												
		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												
有 ・ 無																								

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・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

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川崎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。

本人氏名

身体等の状況調査票

介護保険認定申請書を提出時この調査票を記入し添付してください。

(わかる所を記入してください。)

◎身体の状態についてお尋ねいたします。該当する項目に○をつけてください。

1. 寝たきりの生活で、一人では何もできない。
2. ほとんど寝たきりであるが、誰かの手を借りればお座り位できる。
3. 家の中だけの生活で、一人では外に出られない。
4. 外出は、一人で自由にできる。(杖、シルバーカー等を使用してもよい)

◎精神の状態についてお尋ねいたします。該当する項目に○をつけてください。

1. 生活にも影響がでているので、高度の認知症だと思う。
2. 生活にも影響はでているが、まだ軽度の認知症だと思う。
3. 生活に影響はでないが、なんとなくおかしいと思う。
4. 普通であると思う。

◎今までかかった病気又は、現在治療中の病気がありますか。該当する項目に○をつけてください。

- | | | | | | |
|----------|---------|----------|--------|-------|-------|
| 1. 脳卒中 | 2. リウマチ | 3. 高血圧症 | 4. 心臓病 | 5. 喘息 | 6. 骨折 |
| 7. 認知症 (|) | 8. その他 (|) | | |

◎後日、御自宅（入院・入所中の場合は、その施設）に伺い、御本人と訪問調査をいたします。

御本人の様子ができる方に立ち会っていただきますので、連絡先を記入してください。

氏 名	電話番号
本人との関係	電話に出られる時間帯

◎どんな介護サービスを望んでいますか。

1. ホームヘルプサービス
2. 訪問入浴介護
3. 訪問看護
4. 訪問リハビリ
5. 通所介護（デイサービス）
6. 通所リハビリ（アルパイン）
7. ショートステイ
8. 住宅改修
9. 福祉用具の貸与
10. 医師の訪問
11. アルパインへ入所
12. 特別養護老人ホームへ入所
13. その他 (