介護保険　　　　要介護認定・要支援認定　　　　申請書

要介護更新認定・要支援更新認定

小諸市長 様

申請年月日　　　　　　年　　　月　　　日

次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被 保 険 者 | 介護保険  被保険者番号 | | 0 | 0 | 0 |  | |  |  |  |  |  |  | | 個人番号 | | |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |
| 医療保険 | 保険者名 |  | | | | | | | | | | | 保険者番号 | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者  記号・番号 | 記号 | | | |  | | | | | | | 番号 | |  | | | | | | | 枝番 | | | |  | | | | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ | |  | | | | | | | | | | | | 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［　　　　　　　　］  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　　　　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 | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **事務処理欄** | **受付** | **資格者証** | **意見書** | | | **調査員** |  | **前回調査員** |  | **前回介護度** |  |
|  |  |  | 新・継 | 在・施 |
| **提出日** |  | **調査日時** |  | **有効期限** |  | **前々回介護度** |  |

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、小諸市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

**訪問調査事前確認票**

訪問調査では、日常生活の状況について申請者ご本人・介護者の方にお話をうかがいます。

訪問は月曜日から金曜日の午前（10時から11時）、午後（2時から3時）に実施します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **申請理由及び状況** | | |
| **（新規）利用したいサービス内容　（更新）利用中のサービス内容**  □ 訪問介護（ヘルパー）【食事・排泄・入浴・掃除・洗濯・買物・調理・通院・その他】  □ 訪問入浴　　　□ 訪問看護  □ デイサービス　□ デイケア　　【１週間に　　日】  □ 短期入所（ショートステイ）  □ 福祉用具のレンタル・購入【何を：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】  □ 住宅改修　　　□ 施設に入所したい  □ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □ ケアマネジャーと相談して決めたい | | |
| **調査日程調整の連絡先**  **※ 日中連絡がとれる方**  　□ 本　人  　□ 家　族  　□ その他  　□ 調整済（　　月　　日） | フリガナ |  |
| 氏　名 |  |
| 本人との関　係 |  |
| 住　所 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 事業所等 |  |
| **調査の立会者**  **※ 調査対象者の日頃の状況を**  **把握している方**  　□ 上記日程調整者  　□ 家　族  　□ その他  　□ 立会者なし | フリガナ |  |
| 氏　名 |  |
| 本人との関　係 |  |
| 住　所 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 事業所等 |  |
| **訪問調査に伺うのに都合の良いとき（すべてに 〇 してください）**  月(午前 ･ 午後) 火(午前 ･ 午後) 水(午前 ･ 午後) 木(午前 ･ 午後) 金(午前 ･ 午後) | | |
| **調査場所**  　□ 住所地　　□ その他　⇒　【　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】 | | |
| **調査時の注意事項** | | |