

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

西郷村長 様

次のとおり申請します。

被 保 険 者	被保険者番号		申請年月日	令和 年 月 日	
	個人番号		生年月日	明・大・昭 年 月 日	
	フリガナ		性 別	男 ・ 女	
	氏 名				
	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	
		※14日以内に他自治体から転入した者のみ記入	有効期限 年 月 日 から 年 月 日		
過去6か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、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、及び主治医意見書等を、西郷村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

☆以下のアンケートにご協力ください。

1.介護保険認定申請を決めたのはどなたですか？

- ・本人
- ・家族
- ・医師
- ・その他（

）

本人の了解を得ていますか？

（はい・いいえ）

2.介護サービス利用をすぐに希望しますか？

（はい・いいえ）

「はい」の方へ、希望するサービス内容は？

訪問介護・通所介護・住宅改修
その他（

）

3.お体の様子についてうかがいます。

①歩行の様子は次のどれに当てはまりますか？

・支えなしで可能 ・杖使用 ・シルバーカー使用 ・車いす使用

②認知症（疑い）の心配はありますか？

（いいえ・はい）

4.認定調査は、平日の日中に自宅（又は入院中の病院等）で行い、御家族の同席をお願いしています。

◇日中の連絡先をご記入ください。（同席する方の携帯電話等）

氏名 _____
続柄（ _____ ）

電話番号 _____

◇訪問するにあたり都合の悪い、曜日、時間帯があればご記入ください。

曜日 _____

時間帯 _____

5.現在、デマンド交通は利用されていますか？

（はい・いいえ）

6.その他連絡事項