

介護認定を受けられる方の被保険者番号、医療保険情報、氏名、生年月日、住所をご記入ください。

個人番号(マイナンバー)は記入する必要はありません。

有
次のとおり

申請年月日 年 月 日

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 記号・番号	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						
被 保 険 者	住 所	〒 643 - 〇〇〇〇 和歌山県有田郡有田川町大字 〇〇〇100 番地 5				電話番号 0737 - -					
	家族連絡先 住所・氏名	〒 -				電話番号 - -					
	調査連絡先					携帯番号 - -					
	前回の要介護 認定	要介護状態区分 1 2 3				要介護					
過去6か月以内に入院、施設入所されていれば、病院、施設名、期間をご記入ください。		令和 年 月 日				認定調査に関する連絡をすることがありますので家族連絡先を記入してください。同じ住所の場合は「同上」でも構いません。					
有・無	医療機関等の名称等・所在地 〇〇病院				期間 年 月 日～ 年 月 日						

提出
代
行
者

該当に〇 (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)

この欄は、介護保険の居宅介護支援事業者等が提出される場合に記入が必要です。

かかりつけの病院名、主治医の先生の氏名をご記入ください。

名称	〇〇先生	医療機関名	〇〇病院
電話番号	-		

2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

本人氏名には介護認定を受けられる方の署名をしてください。代理人氏名は家族の方が提出される場合にご記入ください。

40歳から64歳までの方で介護認定の申請をされる方は、この欄の記入が必要です。65歳以上の方は記入しないでください。

本人氏名
代理人氏名

裏面も記入をお願いします。

<p>[新規申請の場合] 利用したいサービス、その理由を ご記入ください。 例・・・デイサービス、ヘルパー</p>		<p>調査を円滑に実施するためご協力をお願いします。</p>	
		新規	更新
新規申請の場合の 申請理由	利用希望サービス	訪問系 通所系 短期入所 住宅改修 福祉用具 施設入所	
	理由	その他()	
	主な既往歴		
調査場所	自宅(独居 高齢者のみ世帯 家族同居	世帯主氏名()	
	自宅外()		
	施設()		
	病院()		
立会の有無	有		
立会者	氏名		
	連絡先	電話番号()	
	連絡時間帯		
介護サービスの利用状況	<p>介護(介護予防)サービス ()</p> <p>現在利用中のサービスについてご記入ください。 例・・・週3回(月・水・金曜日)デイサービス 週1回ヘルパー(火曜日) 電動ベッド、歩行器、車いすレンタル。</p>		
本人の状況	*更新申請の場合は、特に変化がない場合は「変化無」でください。		
	更新の場合、前回との比較		変化無
	歩行状態	独歩 歩行 その他	○
	視力	問題なし	○
	聴力	問題なし	○
	意思の伝達	問題なし 問題あり	()
	認知症等困っている状況		
その他	<p>事前に調査員に伝えておきたいこと等</p> <p>認定調査員に事前に伝えておきたいこと(身体や認知症の様子)をご記入ください。</p>		