

介護保険		要介護認定 ・ 要支援認定												申請書																								
		□新規 □更新 □区分変更 (介⇄介・介⇄支・支⇄支)																																				
大泉町長様 次のとおり申請します。														申請年月日		令和		年		月		日																
(申請者)	氏名または名称		〒																		—																	
	住所 (本人以外の場合)		〒																		—		電話番号 () —															
	被保険者との関係		☐ 本人 ☐ 地域包括支援センター ☐ 居宅介護支援事業者				☐ 親族等(続柄:) ☐ 指定介護老人福祉施設 ☐ 介護老人保健施設				☐ その他() ☐ 指定介護療養型医療施設 ☐ 介護医療院																											
被保険者	介護保険被保険者番号		0		0		0		0		0								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		-----																																			
	氏名														生年月日		明・大・昭						年		月		日											
	住所		〒												—		電話番号 () —																					
	前回の要介護認定の結果等		※更新・区分変更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																																	
					有効期間 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」の場合、申請日 年 月 日																																					
変更申請の理由 ※区分変更の場合のみ記入																																						
過去6カ月の 介護保険施設・ 医療機関等入院 入所の有無 (有・無)		介護保険施設・医療機関等の名称等・所在地												期間		年		月		日																		
														～		年		月		日																		
		介護保険施設・医療機関等の名称等・所在地												期間		年		月		日																		
														～		年		月		日																		
主治医	医療機関名														主治医氏名														直近受診日		月		日					
	診療科目		内・整形・脳外・脳神経・循環器・消化器・呼吸器・泌尿器・リハビリ・その他()														次回予定日		月		日																	
	所在地		〒												—		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 ※医療保険の被保険者証の写しを添付してください																																						
特定疾病名		がん末期・脳血管疾患・その他()																																				
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、大泉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														(印) 代筆者氏名/続柄																								
※本人自署または親族の代筆の場合は押印不要																																						
※「介護保険被保険者証」を申請書と一緒に提出してください。														受付				入力				前回調査員																
														保険証回収		未・済・再		確認				調査依頼																
														資格者証								意見書依頼																

日程認定 連絡先	☐ 被保険者本人	フリガナ		電話番号	※日中連絡がつきやすい電話番号 1. () - 2.
	☐ 申請者	氏 名			
	☐ その他 (右に記入)	(続柄:)			
	連絡が取れる時間帯	(月・火・水・木・金) の () 時から () 時 又は (いつでも)			

立会者 調査	☐ 上記の方↑	フリガナ	
	☐ 右記の方→	氏 名	(続柄:)
	☐ 立会者なし		

訪問調査 先員	☐ 自宅		
	☐ 病 院	名 称	
	☐ 施 設	所 在 地	〒 -
	☐ その他		電話番号 () -

※保 新 規 險 申 請 者 の み の 記 入 状 態	起き上がり	☐ つかまららないでできる	☐ 何かにつかまればできる	☐ できない
	歩 行	☐ つかまららないでできる	☐ 何かにつかまればできる	☐ できない
	洗 身	☐ 介助されていない	☐ 一部介助が必要	☐ 全介助 ☐ 行っていない
	食事摂取	☐ 介助されていない	☐ 見守りが必要	☐ 一部介助が必要 ☐ 全介助
	排 泄	☐ 介助されていない	☐ 一部介助が必要	☐ 全介助 ・おむつ使用 (有 ・ 無)
	薬の内服	☐ 介助されていない	☐ 一部介助が必要	☐ 全介助 ☐ 内服なし
	短期記憶	☐ できる	☐ できない	
	家族状況 (サービス利用時)	☐ 独居	☐ 同居家族あり: () 人暮らし	
		☐ 施設入所	(同居している人:)	
	被保険者の既往歴、日常生活に支障がある状況、介護の状況等を記入してください。 調査時に配慮してほしいことがあれば記入してください。			

サ ー ビ ス 利 用	☐ すぐに利用したい	(利用したい・利用している) サービスの名称を記入してください。	
	☐ 認定後に利用したい	☐ 通所介護 (デイサービス)	☐ 介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)
	☐ 退院後に利用したい	☐ 訪問介護 (ホームヘルプ)	☐ 介護老人保健施設 (老健)
	☐ すでに利用している	☐ 住宅改修	☐ その他 ()
	☐ 今は必要ない	☐ 福祉用具 (□貸与・□購入)	
		☐ 短期入所 (ショートステイ)	

介護保険被保険者証再交付申請書	
大泉町長 様 次のとおり申請【 します・しません 】。 ※必ずどちらかに○をつけてください。	
・申請者 : 介護保険認定申請と同じ ・被保険者 : 介護保険認定申請と同じ ・再交付する証明書 : 介護保険被保険者証 ・申請の理由 : 1 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 その他 ()	被保険者証を申請書に 添付できない場合は、再 交付を申請してください。

※太枠内は申請種別に関わらず記入必須です。『被保険者証再交付申請書』も記入必須です。