様式第22号(第２１条関係)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **介護保険** | **要介護・要支援 認定**  | **申請書** |  | 新規申請 |
|  | 更新申請  |
| **要介護・要支援 更新認定** |
|  | 介護申請  |

 （２号・同時調査・証後日・再交付）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 大東市長 様  |  | 個 人 番 号  |  |
| 次のとおり申請します。  |
| 被　　　　保　　　　険　　　　者 | 被保険者番号 | ２  | １  | ８  | ０  |   |   |   |   |   |   | 申請年月日 | 　　　　年　 　月　 　日 |
| フリガナ |  | 生 年 月 日 | 　　　　年　 　月　 　日 |
| 氏　　　　　名 |  |
| 性 | 別  | 男 | ・ | 女 |
| 住　　　　　所 | 〒  |
|  　　　　　　　　　　電話番号  |
| 前 回 の 要 介 護 | 要介護状態区分　１　２　３　４　５ 　　　 要支援状態区分　１　２  |
| 認 定 の 結 果 等 |
| 有効期間：　　　　 年 　　月　 　日から　　　 年 　　 月 　　 日  |
| ※要介護・要支援更新  |
| 認定の場合のみ記入  |
| 過去6か月間の | 介護保険施設の名称等・所在地  | 期間：　　年　月　日～　　年　月　日月 日～ 　　　年 月 日  |
| 介護保険施設・ | 介護保険施設の名称等・所在地  | 期間：　　年　月　日～　　年　月　日月 日～ 　　　年 月 日  |
| 医療機関等入院、 |
| 入所の有無 | 医療機関等の名称等・所在地  | 期間：　　年　月　日～　　年　月　日月 日～　　　 年 月 日  |
| 有　・　無 | 医療機関等の名称等・所在地  | 期間：　　年　月　日～　　年　月　日 日～　　　 年 月 日  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　　請　　者 | 氏　　　　　名 |   | 本人との関係 |   |
| 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)  |
| 印  |
| 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歳までの医療保険加入者)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 |   | 資 格 取 得 日  | 年 　 月 　 日  |

介護サービス計画または介護予防サービス計画を作成するため、もしくは地域支援事業の実施のために必要があるときは、要

介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見および主治医意見書を大東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も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または認定調

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付番号  |  |  | 受 | 付 | 印  |
|  |  |
| 上席主査 | 主　　査 |  | 受付担当 |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| ※　提出は２枚必要です |  | 新 | 更 | 介 | 変 |

 　　　　　　　　　　　　　　　　　 **（　２号　・　同時調査　）**

 　　 　　　　　　年　　　月　　　日

認　定　調　査　に　つ　い　て

　要介護認定のために、ご本人のこころや身体の状況に関する項目について、調査員がご家庭などに

 　お伺いしてお聞きします。

 　訪問調査に先立って、次の事項をお聞かせいただき、調査の参考にさせていただきます。

 **本人氏名 　 　　 日程調整を行うときの昼間連絡先TEL 　　連絡者氏名(続柄）**

 　　　　　　　　　　　　　 様　　　　　　　－　　　　　－　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様

  **昼間連絡のつきやすい時間帯 　　　（　　　　　　）**

 **（　　　　　　　　　　　　　　　　）**

１．認定調査場所

（１） ご自宅　(住民票のある住所）

（２） 入院中・入所中　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（３） その他　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

 ２．認定調査希望日時

（１） 特にない

（２） 曜日に希望がある　　　　　　月曜日　・　火曜日　・　水曜日　・　木曜日　・　金曜日

（３） 時間に希望がある　　　　　　午　前　・　午　後

３．認定調査時にどなたか同席することができます。同席を希望されますか。

（１） 希望する （同席者氏名（　　　　　　　　　様）　ご家族・ケアマネージャー・施設職員・その他　）

（２） 希望しない

1. あなたの意思を調査員に伝えるために手話通訳などが必要ですか。

（１）必要 （具体的にどのような人が必要ですか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（２） 必要ない

５．その他認定調査に関して、何か伝えておきたいと思われることがありましたら、その内容をご記入ください。

|  |
| --- |
| 同居の家族構成（　同居者なし　・　同居者あり　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）自宅の状況（　戸建　・　集合住宅　エレベータ有／無　・　その他　　　　　　　　　　　　　）体調等について特に調査員に伝えておきたいこと |