様式第２２号（第２１条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | |  |  | | --- | --- | | 新規申請 |  | | 更新申請 |  | | 介護申請 |  |   　　　　　　　　　　　　　申請書 |

大東市長　様

　次のとおり申請します。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（２号・同時調査・証後日・再交付）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | |  | | | 申請年月日　　年　　月　　日 | | |
| 被保険者 | 介護保険  被保険者番号 | | ２ | １ | | ８ | 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 | |  | | | | | | | | | | | 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 | | | | | | | | | | |
| 有効期間：　　　　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 | | 介護保険施設の名称等・所在地 | | | | | | | | | | | 期間：　　　年　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 | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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) | | |
| 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

|  |  |
| --- | --- |
| 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・要支援認定に係る調査内容、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。

|  |
| --- |
| 受付印 |
|  |

本人氏名 　　　　　　　　　　　　　　 ※署名してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付番号 |  | 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 施設名 （　　　　　　　　　　　 　　）

施設住所（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 　）

（３） 入所中 施設名 （　　　　　　　　　　　 　　）

施設住所（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 　）

（４） 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

４．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（手話通訳が必要など）