

介護保険要介護・要支援認定申請書(新規 ・ 更新 ・ 区分変更 ・ 転入)

(大田区長宛) 次のとおり申請します。

被保険者と同じ場合は省略可

記入年月日	年 月 日	被保険者番号																			
フリガナ 氏名	フリガナ		男・女		個人番号		生年月日		明・大・昭		年		月		日		日中連絡先		()		
	〒		(歳)																		
	住所																				
現在の要介護度		要支援() 要介護()		認定期間		年 月 日		～		年 月 日											
区分変更時のみ記載		前回の認定時より		悪化・改善		理由															

指定に際して医師の了承を得るようお願いいたします。

フリガナ 氏名	本人との関係		家族()・地域包括支援センター 居宅介護支援事業者等・介護老人福祉施設(特養) 介護老人保健施設・介護医療院・介護療養型医療施設 社会保険労務士・成年後見人()	
住所(施設、事業者の場合は名称も記載) 〒		居宅介護支援事業者等の場合は捺印		印
		電話番号		()

フリガナ 氏名	医療機関名			
医療機関所在地	〒		診療科	
連絡先	()		最終受診月	年 月 通院・往診・入院

64歳以下の方のみ記入	医療保検証の写しを添付してください。			
	特定疾病名	医療保険者名		医療保険証記号番号

情報提供同意欄	介護保険・医療・保健・その他の福祉サービスの提供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、要介護認定結果及び主治医意見書を、大田区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、介護保険施設のケアプラン作成者、主治医意見書を記載した医師及び区役所内関係部署に提示することに同意します。			
	本人氏名	代筆者氏名		(本人との関係)

本人の状況	入所・入院・一人暮らし・家族同居(日中一人・日中一緒)・その他()			
訪問調査時の立会い(日中の連絡先)	立会人 有・無	フリガナ氏名	本人との関係	
	① 自宅・携帯・職場・施設 ()			
	② 自宅・携帯・職場・施設 ()			
調査場所	名称	自宅以外(施設・病院)	入所・入院日等	年 月 日から 年 月 日まで
1 自宅	〒			
2 入院先	〒			
3 入所先	所在地			
4 その他	入院中の場合お書きください。 病棟 号室		電話番号	()
連絡事項	ご都合の悪い日、退院・転院・調査場所の変更予定等、調査員へ伝えておきたいことがございましたら、お書きください。			

受付場所
受付担当者
郵送窓口

入力担当者
担当

大森 調布 蒲田

資格者証

負担割合証

意見書

在宅・施設
新規・継続

意見書
入手日

調査票
入手日

被保険者証
有 / 無
特

申請日

認定申請時 連絡票

下記の事項にお答えください。(○で囲んでください)

1 申請しようと思ったきっかけはなんですか？

新規申請の方 ①毎日の生活に支障が出ている ②医師・看護師等のすすめ
③家族のすすめ ④その他：()

区分変更申請の方 (悪化 ・ 改善)

※区分変更申請の方は、必ず、具体的な理由を「申請書」に記入してください。

転入申請の方 ① 転入日 (年 月 日)
② 前住所での認定 (有 ・ 無 ・ 申請済認定中)
③ 受給資格証明書提出 (有 ・ 無)

2 利用したいサービス等がありますか？

① 家で使うサービス ②デイサービス等 ③施設等への入所 ④住宅改修
⑤ 福祉用具購入・レンタル ⑥暫定プランを開始する (月 日から)
⑦ その他 ()

3 現在の心身の状況はいかがですか？

(入院・手術直後は調査できません)

① 安定している ② やや不安定だが調査は可能
③ 手術(前・後)である 手術日 _____年_____月_____日
④ その他 ()

4 調査員に特に伝えておきたいことはありますか？

() 癌末期である。 () 結核病棟・感染症病棟に入院中である。
() 病名を本人に告げていないので配慮して欲しい。
() 認知症があるため別の場所で聞いて欲しい。() 筆談などで聴取してもらいたい。
() 調査の希望曜日がある。 () 電話で連絡が取れない時間帯がある。詳細下記

※その他・連絡事項等があれば記入をお願いします。