

介護保険〔要介護認定・要支援認定〕申請書

新規

(あて先) 上越市長
次のとおり申請します。

※「介護保険被保険者証」「訪問調査をするにあたって」
を一緒にご提出ください。

被 保 険 者	被保険者番号	0 0 0 0	申請年月日	平成 年 月 日	
	フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日	
	氏名		性別	男・女	
	住所	上越市			
	自宅電話番号				
	入所・入院施設名 入院・入所されている場合のみ記入 (短期入所は除く)	入所・入院施設名 所在地			

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)		
	住所	電話番号		

定期的を受診している医療機関名(入院中の方は入院している医療機関名)をお書きください。
主治医のいない場合は高齢者支援課までご連絡ください。

主 治 医	医療機関名		主治医の氏名	
	所在地	電話番号		

※40歳から64歳までの医療保険加入者(第2号被保険者)のみ記入。
(医療保険被保険者証の写しを添付してください。)

医 療 保 険	医療保険者名		医療保険被保険者証 記号・番号	
	特定疾病名			

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成する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上越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	
------	--

受 付 印	※上越市記入欄			
	申請入力	保険者証返還	資格者証	意見書
				新規・継続 在宅・施設
	調査担当地区			調査員名

* 記載された個人情報、介護保険に関する業務以外には使用しません。

訪問調査をするにあたって

新規

訪問調査では、日常生活の状況について申請者ご本人・介護者の方にお話をうかがいます。
月曜日から金曜日の午前9時～午後3時50分までの間で実施しています。(所要時間は約1時間です)

1 申請された方の状況について

被保険者氏名	
家族構成 (ひとつに○)	・ひとり暮らし ・65歳以上の高齢者のみの世帯 ・その他の世帯(申請者本人を含め家族 名)
現在の状況 (ひとつに○)	・在宅 ・入院中(病院名: 病棟:) ・その他()
心身の状況 (該当するものに○)	・身の回りのことは、ほとんどできる ・歩行が不安定、又は困難 ・見守りまたは介助が必要(入浴・食事・排泄) ・麻痺がある(部位) ・寝たきり状態である ・物忘れ、火の不始末など認知症が多少ある ・重度の認知症がある ・その他()

2 調査日程の連絡先等(日中連絡のとれる所をご記入ください。)

フリガナ		申請者との	
氏名		続柄	
電話番号	※勤務先の場合は勤務先名もお書きください。		
住所 ※申請者と異なる 場合のみ記入			
調査にうかがう際 都合の悪い日時等			

3 希望サービス

希望サービス (該当するものに○)	・訪問介護 ・訪問入浴 ・訪問看護 ・デイサービス ・デイケア ・短期入所 ・福祉用具のレンタル ・福祉用具の購入 ・住宅改修 ・施設サービス ・その他() ・ケアマネジャーと相談して決めたい
----------------------	---

4 その他(連絡事項等がありましたら記入してください。)

※必ずご記入ください (記入者:)

※上越市記入

調査担当地区	調査員名

* 記載された個人情報は、介護保険に関する業務以外には使用しません。