

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] 申請書

村山市長あて 次のおり申請します。

◆申請の際は介護保険被保険者証を提出してください

介護 保険 被 保 険 者	介護保険被保険者番号		記入年月日		令和 年 月 日		
	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		番号		枝番	
	フリガナ		生年月日		明・大・昭 年 月 日		
	氏名		性別		男 ・ 女		
	住所		〒		電話番号 地区名 ()		
	申請の種類 (該当に○)		1. 新規申請 (初めての申請・前回非該当・有効期限切れ新規・事業対象者) 2. 更新申請 (満了日60日以内の要介護・要支援更新認定の申請)				
	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		要支援区分 1 2 要介護区分 1 2 3 4 5		
			有効期間 令和 年 月 日 ~ 年 月 日		転出元自治体(市町村)名 []		
		※ 14日以内に他 自治体から転入した 場合のみ記入		現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 はい・いいえ 「はい」の場合、申請日 年 月 日			
過去6ヶ月間の 入院・入所の状況 (短期入所は除く)		施設等名称		期間 年 月 日 ~ 年 月 日			
		施設等名称		期間 年 月 日 ~ 年 月 日			
今いるところに○ (施設名など)		在宅 () 入院中 () 入所中 () その他 ()					
主治医		医療機関名		主治医の氏名			
		所在地 〒		電話番号			

◆2号被保険者(40~64歳の医療保険加入者):申請の際、医療保険証を提示してください

特定疾病名			
申 請 者	氏名	本人との関係	
	代行申請 事業所名	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・介護医療院)	
	住所	〒 電話番号	

※本人申請の場合は、事業所欄・住所欄の、家族が申請の場合は、事業所欄の記載はいりません。
※事業所による申請代行の場合は、本人との関係欄の記載はいりません。

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、主治医意見書、村山市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、村山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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する(地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。)ことに同意します。

本人氏名

新規・更新

被保険者氏名：

申請時点状況確認票

1 生活状況と認知についてどうですか

何も使わず歩くことはできますか → できる / できない
服を着たり、脱いだりできますか → できる / できない
体を洗うことはできますか → できる / できない
ご飯を食べることはできますか → できる / できない
トイレはできますか → できる / できない
認知症と思われる行動はありますか → ない / ある

2 病気・ケガ等がありますか ※交通事故によるものか□

1 _____ いつ頃（昭和・平成・令和 _____ 年 _____ 月頃から）

2 _____ いつ頃（昭和・平成・令和 _____ 年 _____ 月頃から）

3 調査希望はありますか ※調査希望、サービス利用なければ◆のみ

希望日					
希望曜日	月	火	水	木	金
希望時間	午前・午後 ()	午前・午後 ()	午前・午後 ()	午前・午後 ()	午前・午後 ()
◆ 調査場所	在宅	入院中 ()		入所中 ()	
◆ 家族連絡先	氏名		電話		関係

※サービス利用者のみ

訪問型（月・火・水・木・金・土・日） / 週 _____ 回

通所型（月・火・水・木・金・土・日） / 週 _____ 回

短期入所（ _____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日） / 月 _____ 回

4 立会人

氏名		関係	
電話番号			
連絡時間			