

(宛先) 紀の川市長

次のとおり申請します。

申請年月日 ○○年 ○○月 ○○日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号	2 0 8 0 0 0 0 0 0 0	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2		
	医療 保険者名	和歌山県後期高齢者医療広域連合		保険者番号	1 1 2 2 3 3	
	被保険者 記号・番号	記号	9 9 8 8	番号	7 7 6 6	
	フリガナ	キノカワ タロウ		生年月日	○○年 ○○月 ○○日	
	氏名	紀の川 太郎		性別	男・女	
	住所	紀の川市西大井338番地		電話番号	0736-77-2511	
	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
		有効期限	○○年○○月○○日から ○○年○○月○○日まで			
	※14日以内に 他自治体か ら転入した 者のみ記入	転出元自治体(市町村)名 [] 現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 (既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください) はい・いいえ 「はい」の場合、申請日 年 月 日				
	過去6月間の 介護保険施設、 医療機関等への 入院、入所の 有無	介護保険施設等の名称等・所在地	期間		年 月 日～ 年 月 日	
介護保険施設等の名称等・所在地		期間		年 月 日～ 年 月 日		
医療機関等の名称等・所在地 ○○病院		期間		○○年○月○日～ ○○年○月○日		
有・無 △△病院		医療機関等の名称等・所在地		期間 △△年△月△日～ △△年△月△日		

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・介護医療院)		
	住所	〒 電話番号		

主 治 医	主治医の氏名	○○ 太郎 先生	医療機関名	○○病院
	所在地	〒111-111 和歌山市△△××番地 電話番号 000-111-2222		

第2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)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、紀の川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、紀の川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。また、私は認定更新申請から30日以内に更新の認定がなされない場合でも、現在の認定の有効期限内に認定の結果が通知されるのであれば、認定延期通知の省略に同意します。

本人による上記同意の署名
本人氏名
紀の川 太郎

※左記を
代筆した
場合

代筆者氏名	本人との関係
紀の川 花子	妻
代筆者住所	代筆者電話番号
紀の川市西大井338番地	0736-77-2511

※市記入欄(記入しないでください)

資格者証の発行	認定調査連絡事項	認定調査委託先
済・未	有・無	

入力の確認

資格者証	認定調査	医師意見書	処理者

【必ず全てご記入ください】

(申請書裏面)

認定調査について

要介護認定のために必要なあなたの心身の状況に関する項目について、調査員があなたのご自宅などにお伺いして聞き取り調査を実施します。後日調査員から連絡いたしますので、下記項目に必ずご記入ください。

※認定調査に支障が生じる場合があることから、調査時の撮影・録画はお控えいただきますようお願いいたします。

本人氏名	紀の川 太郎			
日程調整を行う ときの連絡先	フリガナ	キノカワ ハナコ	電話番号	0736-77-2511
	連絡者氏名	紀の川 花子	連絡時の 注意点	「電話に出にくいので、 長めに鳴らして欲しい。」等
	本人との関係	妻		
認定調査日時 について	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特にない ・ 曜日の希望がある 月曜日 ・ 火曜日 ・ 水曜日 ・ 木曜日 ・ 金曜日 ・ 時間の希望がある 午前 ・ 午後 10時頃 			
認定調査場所	<ul style="list-style-type: none"> ・ 自宅 (住民票上の住所) ・ その他 (調査場所の住所を下記に記載してください) () 			
家族等の立会い について	認定調査時に同席する方はいますか。 <ul style="list-style-type: none"> ・ いる 家族 (妻) その他 () ・ いない 			
手話通訳者など が必要ですか	あなたの意思を調査員に伝えるために、手話通訳者などが必要ですか。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 必要 () ・ 必要ない 			
申請理由	サービス利用継続ための更新申請・デイサービスを利用するための新規申請			
既往歴	糖尿病、変形性関節症			
希望する 介護サービス	デイサービスを利用したい・階段に手すりを取り付けたい			
過去1ヵ月間の 入院の有無	△△年 △年 △日 ～ △△年 △月 △日			
その他、認定調査に関して伝えておきたいと思われることがありましたらご記入ください (入院されていた場合はその理由等)。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 物忘れがひどくなってきて、家族が対応に困っている。 ・ 寝たきり状態で意思疎通も困難。 ・ 一人暮らしで歩行が不安定ため、買い物の介助を希望。 ・ トイレやお風呂に手すりの設置希望、車椅子やベッドのレンタル希望。 ・ 入浴困難でデイサービスを希望。 ・ 妻と二人暮らし。1か月前に転倒し、右足骨折し、手術する。入院中に認知症が進行、もの忘れがあり、退院後自宅の生活が不安であるため、施設入所希望している。 				