

☐ 転入

次のとおり申請します。

申請年月日	令和	年	月	日
-------	----	---	---	---

[illegible]

申請者又は 提出代行者	氏 名		被 保 険 者 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）		
	住 所	〒 ー 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		
	最 終 診 察 日	年 月 日	次回診察予定日	令和 年 月 日 付添者氏名：

※裏面の「介護認定情報の提供等に関する同意事項」を確認の上、署名してください。

◎第二号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入してください。

特定疾病名	
-------	--

【丸森町記入欄】

(R 4.4.1)

受 付		意見書	在新・在継・施新・施継
-----	--	-----	-------------

介護認定情報の提供等に関する同意事項

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、及び主治医意見書を、丸森町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等に提供することに同意します。

<本人氏名>

<代筆者氏名（続柄）>

_____ () _____

状況調査

※調査を円滑に行うため、ご本人の状況等について記入してください。

心身の状況	各項目について、最も当てはまるものに○をつけてください。	
	歩行	1. できる 2. 何かにつかまればできる 3. できない
	食事	1. 自分で食べる 2. 一部介助が必要 3. 全部介助が必要
	排泄	1. 自分でトイレでできる 2. 手伝えばトイレでできる 3. オムツを使用
	意思の疎通	1. できる 2. 時々できる 3. ほとんどできない 4. できない
	物忘れ	1. ない 2. 時々ある 3. 常にある
介護サービス等の利用予定・状況	利用したい介護サービス、または利用中の介護サービスについて記入してください。	
	1. 利用したい 在宅：デイサービス・デイケア 福祉用具レンタル・購入 住宅改修 訪問介護 オムツ助成 その他 ()	
	施設：グループホーム 老健 特養 その他()	
	2. 利用している 在宅：デイサービス・デイケア（利用曜日） その他() 施設：グループホーム 老健 特養 その他()	
病名	3. 利用予定なし	
	今までにかかった病気、または治療中の病気があれば○をつけてください。	
申請理由 ※区分変更の時は詳しく記入	1. 脳血管疾患 2. 高血圧症 3. 心臓病 4. 骨折 5. 関節リウマチ 6. 糖尿病 7. ガン 8. 認知症 9. 骨そしょう症 10. その他()	
	日常困っている事や、利用を検討しているサービス、状態の変化などについて具体的に記入してください。	

認定調査に関する連絡先

※調査の日程について連絡します。

ふりがな氏名	続柄	電話番号	※認定調査に立ち会う方（ご本人の状態をよくご存知の方）を記入してください。 ※平日午前8時30分から午後5時まで 連絡のつく電話番号を記入してください。
		自宅：	
		携帯等：	

◎調査実施場所： 自宅 病院 施設（調査時立会いの希望 有 ・ 無 ）

その他（ 宅 住所： ）