

介護保険 要介護・要支援 認定申請書

(表面)

座間市長 宛 次のとおり申請します。

新規 新規(要支援からの区分変更) 区分変更 更新 転入継続

被 保 険 者 (本 人)	介護保険被保険者番号		0	0	0	0									申請日	令和	年	月	日	
	医療 保険	保険者名	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 座間市 <input type="checkbox"/> その他										保険者番号							
		被保険者記号番号	記号								番号				枝番					
	フリガナ												生年月日	大・昭	年	月	日			
	氏名												性別	男・女	年齢	歳				
	住所		〒 252- 電話番号(本人・家族) ()										座間市							
	現在の要介護 認定区分等		なし / 要介護(1・2・3・4・5) / 要支援(1・2) 有効期間(令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日)																	
	入院・入所 中の方		施設名																	
			所在地																	
			期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 / 未定																
14日以内に 自治体から 転入した方		<input type="checkbox"/> 現在、転入前自治体に要介護・要支援 認定を申請中である。										転入前 自治体名								
		<input type="checkbox"/> 既に認定結果通知を受け取っている。										申請日		令和 年 月 日						

申 請 者	<input type="checkbox"/> 本人(本人が申請者の場合は記載不要) <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> その他() 本人や家族に申請を行うことを説明していますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ(⇒速やかに説明してください。)																	
	氏名 (担当者名)												続柄 (事業者名)					
	住所 (所在地)		〒 - 電話番号 ()															

主 治 医	医療機関名												主治医氏名					
	所在地		〒 - 電話番号 ()															
	前回受診日(令和 年 月 日頃) / 次回受診日(令和 年 月 日頃) / 入院中																	
40~64歳の方(2号被保険者)※医療保険証写しを添付												特定疾病名						

同 意 欄	<p>1. 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・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、本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、本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。</p> <p>2. 更新申請から30日以内に認定がされない場合、現在の有効期間内に認定結果が通知されるのであれば、「介護保険 要介護認定・要支援認定等延期通知書」を省略することに同意します。</p> <p>3. 上記に記載した医療機関の主治医と異なる医師が意見書を作成した場合においても、担当の医師が作成した意見書として受け入れることに同意します。</p> <p>※本人が署名できない場合は、親族や法定代理人の方が「本人氏名」及び「親族等代筆者名(続柄)」を記入してください。 事業者の従業員による代筆はできません。</p>																	
	本人氏名												親族等代筆者名		(続柄)			

訪問調査連絡票

新規
 新規(要支援からの区分変更)
 区分変更
 更新(月末まで)

(裏面)

介護保険 被保険者番号	0	0	0	0							フリガナ		男・女
											氏名		歳
申請者	氏名 (担当者名)										続柄(事業者名)		
											電話番号		()
申請理由	<input type="checkbox"/> 介護サービスを利用したい <input type="checkbox"/> 介護サービスを利用していないが、今後のため申請したい <input type="checkbox"/> 病院(医師・看護師・相談員)に勧められたため <input type="checkbox"/> その他()												
	<input type="checkbox"/> 介護度の見直しをしたい(⇒ <input type="checkbox"/> 介護度を上げたい <input type="checkbox"/> 介護度を下げたい) 見直し理由()												
家族状況	<input type="checkbox"/> 1人暮らし <input type="checkbox"/> 配偶者と2人暮らし <input type="checkbox"/> 家族(続柄)と同居 <input type="checkbox"/> その他												
体の状況	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> つたい歩き <input type="checkbox"/> 杖・歩行器を使って歩く <input type="checkbox"/> 車いす移動 <input type="checkbox"/> 目が見えづらい <input type="checkbox"/> 耳が聞こえづらい <input type="checkbox"/> 生活(食事・入浴・排泄・着替え・買い物・調理)に手助けが必要												
認知症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 物忘れ <input type="checkbox"/> 理解・判断力低下 <input type="checkbox"/> 同じ話をする <input type="checkbox"/> 作り話をする <input type="checkbox"/> 感情不安定 <input type="checkbox"/> 自分勝手 <input type="checkbox"/> 会話困難 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 介護拒否 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 幻覚												
主な疾病	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> がん() <input type="checkbox"/> 骨折() <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 関節疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> その他()												
利用(希望) サービス	<input type="checkbox"/> 福祉用具レンタル・購入 <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 介護リハビリ <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> その他()												
サービス 利用時期	<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 認定結果が出てから利用したい <input type="checkbox"/> 退院後利用したい <input type="checkbox"/> 必要時利用したい <input type="checkbox"/> 早急に利用したい(⇒地域包括支援センター・ケアマネジャーに相談 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)												

訪問調査について

調査場所	<input type="checkbox"/> 自宅										駐車場所 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	<input type="checkbox"/> 自宅以外の居宅() 住所() ()												
	<input type="checkbox"/> 病院・施設(名称) (病棟・号室) 所在地() 電話番号 () 入院・入所日(令和 年 月 日)												
	入院 中 の 方	入院理由											
手術予定		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> あり (令和 年 月 日)											
退院予定		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> あり (令和 年 月 日)											
転院予定		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> あり (令和 年 月 日) 転院先() (病院) (病棟・号室)											
日程 調整先	フリガナ					電話番号			()				
	氏名 (担当者名)					続柄 (事業者名)							
立会者	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 上記日程調整先の方 <input type="checkbox"/> その他家族(続柄) <input type="checkbox"/> 施設職員 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター職員 <input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャー <input type="checkbox"/> その他()												
調査日	<input type="checkbox"/> いつでも良い <input type="checkbox"/> 土日が良い <input type="checkbox"/> 都合の悪い日()												
調査員に 伝えたい こと等	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 調査後、立会者等に別室や電話での聞き取りをしてほしい <input type="checkbox"/> 筆談で調査をしたい <input type="checkbox"/> 夫婦同日調査をしたい <input type="checkbox"/> 調査日が決まったら、申請者にも伝えてほしい <input type="checkbox"/> 更新申請の場合、担当ケアマネジャーに訪問調査をお願いしたい その他												

【市確認】
被保険者証
 資格者証
 / 意見書区分
 新規
 継続
 在宅
 施設
 / 法定代理人(追認する・しない)
 調査員
 担当(窓口・郵送・契約(法人・事業所))
 市()
 外部()
 / 郵送(連絡あり・なし)