

介護保険 要介護・要支援 認定申請書

(表面)

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"/> なし <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	明・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)											
	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 他自治体から 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。 <input type="checkbox"/> 既に認定結果通知を受け取っている。						転入前 自治体名						
								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、氏名・続柄・住所の記載不要) <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"/> 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"/> 指定介護老人福祉施設 <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、介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師、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。</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>※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)					

個人番号() 1番号確認個人番号カード通知カード住民票 2本人確認個人番号カード運転免許証その他

【市確認欄】 被保険者証 資格者証 医療保険証(2号) / 郵送(連絡あり・なし)
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)

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(月未まで)

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)				電話番号		()						
					続柄(事業者名)								
申請理由	□介護サービスを利用したい □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 □病院(医師・看護師・相談員)に勧められたため □その他()												
	□介護度の見直しをしたい(⇒□介護度を上げたい □介護度を下げたい) 見直し理由()												
家族状況	□1人暮らし □配偶者と2人暮らし □家族と同居 □その他()												
体の状況	□問題なし □つたい歩き □杖・歩行器を使って歩く □車いす移動 □目が見えづらい □耳が聞こえづらい □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	□なし □物忘れ □理解・判断力低下 □同じ話をする □作り話をする □感情不安定 □自分勝手 □会話困難 □徘徊 □昼夜逆転 □介護拒否 □被害妄想 □暴言 □幻覚												
主な疾病	□なし □認知症 □がん □肺炎 □高血圧 □心疾患 □脳卒中 □関節疾患 □骨折 □糖尿病 □呼吸器疾患 □その他()												
利用(希望) サービス	□福祉用具レンタル・購入 □住宅改修 □デイサービス □介護リハビリ □総合事業 □訪問介護 □訪問入浴 □訪問看護 □施設入所 □その他()												
サービス 利用時期	□利用中 □認定結果が出てから利用したい □退院後利用したい □必要時利用したい □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 □あり □なし)												

訪問調査について

調査場所	□自宅		駐車場所 □あり □なし	
	□自宅以外の居宅()宅 住所() ()			
	□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		□なし □未定 □あり (令和 年 月 日)		
退院予定		□なし □未定 □あり (令和 年 月 日)		
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	□なし □上記日程調整先の方 □その他家族(続柄) □施設職員 □地域包括支援センター職員 □担当ケアマネジャー □その他()			
調査日	□いつでも良い □土日が良い □都合の悪い日()			
調査員に 伝えたい こと等	□なし □調査後、立会者に別室や電話での聞き取りをしてほしい □筆談で調査をしたい □夫婦同日調査をしたい □調査日が決まったら、申請者にも伝えてほしい その他			