

経由(栗野庁舎 吉松庁舎 郵送)

介護保険 [介護(支援)認定] 申請書
新規 更新 区分変更 転入

始良・伊佐地区介護保険組合 管理者 殿

次のとおり申請します。

| | | | | | | | | | | | |
|------------------|---|--|---------|---|-------|----------|---|--|----|--|--|
| | | 申請年月日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | | | | | |
| 被 保 険 者 | 被保険者番号 | | | | | 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 | | | 枝番 | | |
| | フリガナ | | | | | 生年月日 | 年 月 日(歳) | | | | |
| | 氏 名 | | | | | 性 別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | | | | |
| 住 所 | 〒 | | | | | 電話 番号 | 自宅 | | | | |
| | 自治会 | | | | | | 携帯 | | | | |
| 現在(最終)の認定区分 | | <input type="checkbox"/> 要介護(<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5) <input type="checkbox"/> 要支援(<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2) <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 総合事業対象 | | | | | | | | | |
| | | 有効期間 | 年 月 日 ~ | | 年 月 日 | | | | | | |
| 者 | 過去1年間の施設・医療機関等入院入所の有無 | 介護保険施設 の名称・所在地・期間 | | | | | 年 月 日~ | | | | |
| | | | | | | 年 月 日~ | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | その他施設 医療機関等 の名称・所在地・期間 | | | | | 年 月 日~ | | | | |
| | | | | | | | 年 月 日~ | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|-----------------------|--------|--|--|--|--|----------|----|--|--|--|
| 提 出 代 行 者 | 名 称 | <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"/> 指定介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> その他 (本人との関係) | | | | | | | | |
| | (担当者) | | | | | | | | | |
| 所在地 | 〒 | | | | | 電話 番号 | 自宅 | | | |
| | | | | | | 携帯 | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|-------------|-----|---|--|--|--|-------|----------|--|--|--|
| 主 治 医 | 医師名 | | | | | 医療機関名 | | | | |
| | 所在地 | 〒 | | | | | 電話 番号 | | | |

※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 | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|--|

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成する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又は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。

| | | | | | | | |
|------|--|--|--|-------|--------|--|--|
| 本人署名 | | | | 代筆者署名 | (続柄:) | | |
|------|--|--|--|-------|--------|--|--|

※本人が記載できない場合は本人の了解の上、本人署名と代筆者署名を記入すること。

★裏面もご記入ください。➡

受付情報

※受付事務・訪問調査等を円滑にするため、記入にご協力下さい。

| | | | |
|---|---|---|--|
| 本人の居場所 <input type="checkbox"/> 自宅(<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 隠居 <input type="checkbox"/> 同居 ⇒ <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子ども <input type="checkbox"/> その他〔 〕 <input type="checkbox"/> 入院中 ⇒*原因疾病等〔 〕 <input type="checkbox"/> 施設等 ⇒*名称〔 〕 <input type="checkbox"/> その他〔 〕 | | | |
| | | 医療機関受診状況 <input type="checkbox"/> 定期的〔 ()ヶ月に()回程度〕 <input type="checkbox"/> 不定期〔最近の受診(年 月頃)〕 <input type="checkbox"/> 入院中 | |
| 申請理由 | | 主な既往歴 | |
| 申請区分 | <input type="checkbox"/> 新規 | 申請の相談状況 | 相談した事業所名 *事業所による自宅訪問 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| | | 申請やサービス利用 | <input type="checkbox"/> 本人の希望 <input type="checkbox"/> 家族等の希望 |
| | | 利用希望サービス | <input type="checkbox"/> 訪問系 <input type="checkbox"/> 通所系 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> 施設入所 |
| | | 町事業利用状況 | 福祉サービス 生きがいデイサービス <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 生活支援型ヘルパー <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 総合事業 デイサービス <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ヘルパー <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 利用事業所名 デイサービス ヘルパー |
| | | 医療系サービス | <input type="checkbox"/> 外来リハビリ (医療機関名:) |
| | <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 変更 | <input type="checkbox"/> 訪問介護 | 週()回 曜日 時間 ~ 事業所 |
| | | <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 | 週()回 曜日 時間 ~ 事業所 |
| | | <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ | 週()回 曜日 時間 ~ 事業所 |
| | | <input type="checkbox"/> 訪問看護 | 週()回 曜日 時間 ~ 事業所 |
| | ※現在の利用状況を記入。➡ | <input type="checkbox"/> 通所介護 | 週()回 曜日 時間 ~ 事業所 |
| <input type="checkbox"/> 通所リハビリ | | 週()回 曜日 時間 ~ 事業所 | |
| <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 | | 月()回 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 | |
| <input type="checkbox"/> 短期入所 | | 月()日 事業所 | |
| <input type="checkbox"/> 福祉用具購入 | | 内容 | |
| <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 | | 内容 | |
| <input type="checkbox"/> 住宅改修 | | 内容 | |
| <input type="checkbox"/> 施設サービス | | 施設名 | |
| <input type="checkbox"/> その他サービス | | 内容 | |
| <input type="checkbox"/> サービス利用なし | | 理由 | |
| 本人の状況 | | 歩行 | <input type="checkbox"/> 独歩行 <input type="checkbox"/> つたい歩き <input type="checkbox"/> 這う <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他〔 〕 |
| | | 会話 (視力・聴力・発話等) | <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 配慮が必要〔 〕 |
| | | 生活状況 (認知症等) ※更新・変更申請時は、前回からの本人・介護の変化状況の詳細も含む。 | |
| 調査時に特に配慮を要すること (日程・家族立会・調査場所・時間・疾病等) | | | |
| 調査立会 <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能 | 立会者・状況把握者 ※立会がない場合も、状況が聞き取れるご家族等の連絡先を記入。 | 住所 氏名 本人との関係 | 電話番号 (日中連絡先) 自宅 携帯 勤務先 その他 |
| 認定結果 送付先 | 今回の認定結果に伴う保険証及び認定結果通知書の受領・管理については、下記の者に委任することに同意します。 <input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない 下記(施設・家族等名)を記入して下さい ↓ (本人)に送付致します | | |
| | 住所 〒 | 氏名(施設名) | 連絡先 |