

介護保険 [ 介護(支援)認定 ] 申請書

始良・伊佐地区介護  
次のとおり申請しま

更新申請は、有効期間満了日の  
60日前から可能です。

該当する口に✓(チェック)してください。  
太枠の必要事項を記入してください。

申請年月日		△△年 △月 △日	
被保険者番号	4 5 2 0 0 △△△△△	個人番号	個人番号の記入がなくても、 受付は行えます。
医療保険	保険者名	保険者番号	
	被保険者 記号・番号	記号	番号 枝番
フリガナ	ユウスイ タロウ		生年月日 昭和△年 3月 20日(△△歳)
氏名	湧水 太郎		性別 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
住所	〒 899-6201 湧水町木場○○○番地 自治会 丸池	電話番号	自宅 74-○○○○ 携帯
前回の要介護認定の結果等	<input checked="" type="checkbox"/> 要介護(1 2 3 4 5) <input type="checkbox"/> 要支援(1 2) <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 総合事業対象		
	有効期間	△△年10月1日 ~ △△年9月30日	
	※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ヶ月間の施設・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	<input checked="" type="checkbox"/> 有料老人ホーム・ケアハウス等も記入します。 <input checked="" type="checkbox"/> 入院・入所中の場合、分かれれば、階数や棟名も お願いします。	
	その他施設 医療機関等 の名称・所在地・期間	湧水病院(3階南病棟) △△年4月1日~ △△年10月1日 有料老人ホーム ゆうすい ○○年2月1日~ ○○年8月1日	
	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		

提出代行者	名称	<input checked="" 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"/> その他 (本人との関係 )	
	所在地	〒 899-6201 湧水町木場222 (担当者 霧島 桃 )	
		電話番号	自宅 携帯

主治医	医師名	北薩 桜	医療機関名	湧水病院
	所在地	〒 899-6201 湧水町木場○○○	電話番号	長く受診がない場合は、 必ず近日受診をお願いします。

※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、湧水町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、湧水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、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。

本人署名	湧水 太郎	代筆者署名	湧水 花子 (続柄: 妻)
------	-------	-------	---------------

※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 checked="" type="checkbox"/> 自宅 ( <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 隠居 <input checked="" type="checkbox"/> 同居 ⇒ <input checked="" type="checkbox"/> 配偶者 <input checked="" type="checkbox"/> 子ども <input checked="" type="checkbox"/> その他〔長男の嫁、孫 〕 ) <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 checked="" type="checkbox"/> 定期的〔 2 〕か月に〔 1 〕回程度) <input type="checkbox"/> 不定期(最近の受診〔 年 月頃 〕) <input type="checkbox"/> 入院中 主な既往歴 <b>脳梗塞、認知症、前立腺がん、高血圧、糖尿病</b>								
申請理由	平成△△年○月下旬に脳梗塞を発症し、左半身に麻痺がみられる。日中独居の為、今後も訪問介護、通所リハビリ、歩行器貸与の利用を継続したい。								
申請区分	申請の相談	<input type="checkbox"/> 新規 <input checked="" type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 変更					「今の身体状況と今後利用予定のサービス」を記入します。 例) <b>【新規】</b> ☆入院のため下肢筋力低下があり、退院後、通所リハビリを利用したい。 <b>【更新】</b> ☆認知症があり、排泄・入浴に介助が必要。訪問介護・通所リハビリの利用を継続したい。 <b>【区分変更】</b> ☆末期がんによる状態悪化。訪問看護を増やす予定。 ☆前回認定時は腰椎骨折により歩行困難であった。現在は回復し、杖をついて歩いている。週1回のデイサービスだけ利用できればいい。		
	申請やサービスの利用希望	町事業	福祉サ	総合	利用事業	事業所	事業所		
	利用状況	訪問介護	週( 2 )回	曜日	月・水	時間	14:00~14:40	事業所 訪問介護事業所 ゆうすい	
		訪問入浴介護	週( )回	曜日		時間	~	事業所	
		訪問リハビリ	週( )回	曜日		時間	~	事業所	
		訪問看護	週( )回	曜日		時間	~	事業所	
		通所介護	週( )回	曜日		時間	~	事業所	
		通所リハビリ	週( 2 )回	曜日	火・木	時間	9:00~15:00	事業所 通所リハビリテーション ゆうすい	
		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				
		短期入所	月( )日		事業所				
	福祉用具購入	内 容	シャワーチェア						
	福祉用具貸与	内 容	歩行器						
	住宅改修	内 容	玄関上がり框の段差解消、トイレ・浴室の手すり設置						
	施設サービス	施 設 名							
	その他サービス	内 容	訪問給食サービス(月・金/昼・夕)						
	サービス利用なし	理 由							
本人の状況	歩 行	<input type="checkbox"/> 独歩行 <input checked="" type="checkbox"/> つたい歩き <input type="checkbox"/> 這う <input checked="" type="checkbox"/> 杖 <input checked="" type="checkbox"/> シルバーカー <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 配慮が必要〔難聴、右耳の方が聴こえやすい 〕							
	生活状況 (認知症等)	長男夫婦と同居だが、仕事のため、日中独居となる。家事全般は、長男の嫁が行う。「家族が財布をとった。」と繰り返し話したり、失禁の回数が増えるなど認知症状の悪化がみられる。 平成△△年○月頃より、テレビや新聞を見なくなる等、日中の活動が少なくなり、寝て過ごすことが多くなっている。							
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)	本人へのがん告知なし。 物忘れのことを言うと、少し興奮する。					☆ご本人へ告知していない疾患や調査日程の都合などを記入。			
調査立会	<input type="checkbox"/> 可能 <input checked="" 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	☆家族や施設職員等、調査対象者の日頃の状況を把握している方をお願いします。			自宅	0995-74-0000	
			氏名	湧水 花子			電話番号 (日中連絡先)	携帯	090-0000-0000
			本人との関係	長男の嫁			勤務先 その他	(勤務先)湧水町役場 74-3111	
認定結果	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 checked="" type="checkbox"/> 同意する								
送付先	住所	〒899-6201 湧水町木場222			☆訪問調査の日程調整等をするために、平日の日中に連絡がとれる連絡先をご記入ください。 ☆電話番号は、お間違いのないようご記入願います。				
	氏名(施設名)	湧水町地域包括支援センター			連絡先	74-3111			