

介護保険 [要介護認定 ・ 要支援認定 要介護更新認定 ・ 要支援更新認定] 申請書

始良・伊佐地区介護保険組合
 管理者 様 { 新規 () 更新 区分変更 転入 }
 { 在宅 施設 }
 次のとおり申請します。

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				申請年月日		年 月 日		
	氏 名				生年月日		明・大・昭 年 月 日		
					性 別		男 ・ 女		
	住 所		〒		自治会名 電話番号				
	前 回 の 要 介 護 認 定 の 結 果 等	※要介護・要支援更新認定の場合のみ記入		要支援状態区分 1 2		要介護状態区分 1 2 3 4 5			
		有効期間		年 月 日 から		年 月 日 まで			
	※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・要支援認定申請中ですか。 はい ・ いいえ (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」の場合、申請日 年 月 日				
過去6月間の施設・医療機関等入院、入所の有無		施設等の名称等・所在地 (病棟名)		期間 年 月 日 ~ 年 月 日					
有 ・ 無		施設等の名称等・所在地 (病棟名)		期間 年 月 日 ~ 年 月 日					
◎退院・転院の予定がありますか。				転院予定あり ・ 退院予定あり ・ 予定なし ○予定日 (年 月 日)					

※被保険者本人以外が提出する場合はご記入ください。家族等が提出する場合は提出代行者の欄に記入する必要はありません。

提出者	氏名	本人との関係	
	住所	〒 電話番号(日中連絡がつく連絡先)	
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・介護医療院・地域密着型介護老人福祉施設)	

主 治 医	主治医の氏名	医療機関名
	所在地	〒 電話番号
最近の受診日もしくは受診予定日		年 月 日 定期的な受診の有無 (有 ・ 無)

第二号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)のみ記入 ※健康保険被保険者証の写しの添付が必要です

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、始良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に提示することに同意します。

本人氏名(署名)

代筆者氏名 続柄 ()

滞	送	資	被保険者証回収	意見書	受付者
			有・無(紛失・調査時回収)		

※本人氏名は必ず記入ください。
(裏面あり)

認定調査についての留意事項等記入欄

1. 訪問先について

- 自宅（住民票上の住所）
- 病院・施設等 病院・施設名（ ） 電話番号（ ）
（入院中の場合）◎入院時の症状や疾病を教えてください。（ ）
- その他（ご家族宅にいる場合等）
家族の氏名等（ ） 続柄（ ）
住所（ ） 電話番号（ ）

2. 認定調査時に同席されますか。（ する ・ しない ）

同席される方の氏名・住所・電話番号をご記入ください。同席される方が申請書提出者の場合は下の□にレをつけてください。

- 提出者が同席（提出者が同席の場合は下記の氏名・住所・電話番号の記載の必要はありません。）

氏名	本人との続柄（ ）	電 話 番 号	自宅（ ）
住所			昼間連絡のつく連絡先（勤務先または携帯） （ ）

※実態に合った調査をするために、できるだけご家族の同席をお願いします。

3. 認定調査の日程調整の連絡先が上記同席者と異なる場合はご記入ください。

連絡調整者 本人 本人・同席者以外

【本人・同席者以外の場合は必ずご記入ください。】

氏 名	本人との続柄（ ）
電話番号	（ ）

4. 本人及び立会者の都合で、認定調査に応じられない曜日や時間等がありましたら、ご記入ください。

認定調査は月曜日から金曜日で行います。認定調査の開始時間は、午前は9時もしくは9時30分、午後13時30分です。（閉庁日除く）

※日程については、その時点の空き状況で調整させていただきますので予めご了承ください。

（ ）

5. 現在、利用している介護保険のサービスについて記入してください。

- デイ・サービス（ ）曜日 デイ・ケア（ ）曜日
- 訪問看護（ ）曜日 訪問リハビリ（ ）曜日
- ヘルパー（ ）曜日 その他（ ）
- レンタル（用品名）

6. 認定調査に関する確認事項がありますので、ご記入ください。

- ・現在治療中の病気や持病はありますか？ ない ある（病名： ）
- ・気になる行動や言動はありますか？ ない ある（具体的に ）
- ・生活状況を教えてください。 一人暮らし 家族と同居（構成 ）
- ・動物を飼っていますか？ 飼っている →{ 犬・猫・鳥・その他（ ） } 飼っていない

7. 現在の状況や日常生活で困っていること、認定調査に関して何か伝えておきたいことや留意事項等をご記入ください。※必ずご記入ください。

（※病気や認知機能、家族状況等で聞き取り時配慮することや現在の状況等）

- ・調査時に介護者から個別の聞き取りを希望しますか。 希望する 希望しない