

(始良市経由)

新規 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
次のとおり申請します。

新規 () 更新 区分変更 転入
 在宅 施設

被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	個人番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	
医療保険	保険者名	〇〇〇〇〇〇〇〇	保険者番号	〇〇〇〇〇〇
	被保険者証	記号	番号	〇〇〇〇〇〇 枝番
フリガナ	アイラ タロウ		申請年月日	〇〇年 〇月 〇日
氏名	始良 太郎		マイナンバーをご記入ください。個人番号の記載が難しい場合は、空欄でご提出ください。	
住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 始良市〇〇〇△△-△			
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	介護保険被保険者証に記載してあります。(初めて申請される場合は記入の必要はありません。)	
	有効期間	〇年 〇月 〇日 から		
※14日以内に転入した者のみ記入	転入者の記入欄となりますので、転入者以外は記入不要です。	認定申請中ですか。 はい ・ いいえ (い) 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	〇〇病院	期間	グループホーム等をご利用の方も「有」で記入してください。
有 ・ 無	施設等の名称等・所在地	(病棟名 3階)	期間	
◎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	始良 花子	本人との関係	長女
	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 始良市〇〇〇△△-△ 電話番号(日中連絡がつく連絡先) 〇〇-〇〇〇〇		
提出代行者	名称	※本人・家族に代わって、施設事業所又は担当ケアマネジャーが代行申請する際に記入する欄です。本人・家族が申請手続きをされる場合は、記入不要です。		

主治医	主治医の氏名	〇〇 〇〇	医療機関名	〇〇病院
	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 始良市〇〇〇-〇 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	16疾患あります。わからない時は、担当のケアマネジャーまたは主治医にお問い合わせ下さい。	40歳から64歳の方は必ず記入し、医療保険の被保険者証の写しを添付してください。
介護サ面又は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出することになります。	本人が書けない場合、代理署名者欄まで記入をお願いします。※印鑑は不要です。	
	本人氏名(署名) 始良 太郎 代筆者氏名 始良 花子	続柄(長女) ※本人氏名は必ず記入ください。

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)		

(裏面あり)

1. 訪問先について

- 自宅（住民票上の住所）
- 病院・施設等
（入院中の場合）◎入院時の症状や疾病を教えてください。（ **脳梗塞、右片麻痺** ）
- その他（ご家族宅にいる場合等）
家族の氏名等（ **住民票上の住所、病院や施設以外のご家族等の家にいらっしゃる場合はその他欄にチェックし、訪問先を必ずご記入ください。** ）
住所（ ）

2. 訪問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	自宅（ ）
住所		番	号（ ）

同席者が表面の申請書提出者と異なる場合は必ず記入してください。 (レは携帯)

※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ています。

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	

**日程調整先が本人又は同席者の場合は記入の必要はありません。
※本人又は同席者以外と日程調整を行う場合は必ずご記入ください。**

4. 本人及び立会者者の都合で、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。

（ **月・木曜日の午前中希望** ）

5. 現在、受け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（ **火・金** 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 **歩行器** ）

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：**高血圧、脳梗塞** ）
- ・気になる行動や言動はありますか？ ない ある（具体的に **物を失くし、家族が探す** ）
- ・生活状況を教えてください。 一人暮らし 家族と同居（構成 **妻** ）
- ・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。

（※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）

〔 **手のしびれがあり、病院受診し脳梗塞で入院となった。すぐのことも忘れていたため、退院後買い物や掃除の支援が必要である。** 〕

- ・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