介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書

（ 新規 ・ 区分変更 ・ 更新 ）

長洲町 長 中 逸 博 光 様

申請年月日　　令和　　　年　　　月　　　日

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  氏　名 | |  | | 性　別 | | 男・女 | | 年　齢 | | 歳 | |
| 生年月日 | | 明・大・昭　　　年　　月　　日 | | | | | |
| 住　　所 | | 〒  電話番号（自宅）　　　　　　　　　　　　（携帯） | | | | | | | | | |
| 過去6月間の介護保険施設・医療機関等入院、入所の有無  有　・　無 | | 介護保険施設の名称等・所在地 | | | | 期間 年 月 日 ～ 年 月 日 | | | | | |
| 介護保険施設の名称等・所在地 | | | | 期間 年 月 日 ～ 年 月 日 | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申 請 者 |  | 被保険者との関係 |  |
| 申請者住所 | 〒  電話番号（自宅） （携帯） | | |
| 提出代行者  （事業所名） | 該当に○（地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・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）  ㊞ | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 主 治 医 | 主治医の氏名 |  | 医療機関名 |  |
| 所 在 地 | 〒  電話番号 | | |

※第 2 号被保険者（40 歳から 64 歳の医療保険加入者）のみ記入

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療保険者 |  | 医療保険被保険者証  記号番号 |  |
| 特定疾病名 |  | | |

介護サービス計画又は介護予防計画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 ：

代筆者氏 名： 本人と の続柄 ：

※本人氏名を代筆した場合は、 住 所： 右記に記入してください。

認 定 調 査 連 絡 票

※調査員が訪問する際の参考とさせていただきますので、下記の事項について該当するものに○をつけ、具体的な状況についてご記入下さい。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | 調査対象者氏名 |  | | | | |
| ※ 要介護・要支援認定申請・区分変更申請をした理由についてご記入下さい。  （緊急性の調査を要する方はその旨ご記入下さい。）  ※勧奨により申請の場合  □地域包括支援センター □医療機関 □居宅支援事業所 □その他（ ） | | | | | | | | ※原因疾患に○をつけて下さい。  脳血管疾患、認知症、関節疾患、  骨折・転倒、高齢による衰弱、  パーキンソン病、  その他（ ） | |
| ※今後利用を希望するサービスに○をつけて下さい。 | | | | | | | | | |
| サービスの種類 | | | サービスの種類 | | | | | 品 目 | |
| ・ホームヘルプサービス | |  | ・福祉用具のレンタル | | | |  |  | |
| ・デイサービス | |  | ・福祉用具の購入 | | | |  |  | |
| ・デイケア | |  | ・住宅改修 | | | |  | ※介護保険以外のサービス | |
| ・訪問看護 | |  | ・介護老人福祉施設への入所  （特別養護老人ホーム） | | | |  | ・通所型サービスＡ |  |
| ・訪問リハビリ | |  | ・訪問型サービスＡ |  |
| ・訪問入浴サービス | |  | ・介護老人保健施設への入所 | | | |  |  |  |
| ・ショートステイ | |  | ・介護療養院への入所 | | | |  |  |  |
|  | |  | ・グループホームへの入所 | | | |  |  |  |
|  | |  | ・小規模多機能型居宅介護 | | | |  |  |  |
| ※現在の介助について、○をつけて下さい。 | | | | | | | | | |
| ・歩 行 ： 介助していない ・ 介助している （ ） | | | | | | ※その他の気になる問題行動があればご記入下さ  い。（物忘れ、感情が不安定等） | | | |
| ・食 事 ： 介助していない ・ 介助している （ ） | | | | | |
| ・入 浴 ： 介助していない ・ 介助している （ ） | | | | | |
| ・着 替え ： 介助していない ・ 介助している （ ） | | | | | |
| ・排 泄 ： 介助していない ・ 介助している （ ） | | | | | |
| ・日常会話のやりとりが上手くできますか： できる・できない （難聴・認知症・その他 ） | | | | | |
| 生活されているところ | 在宅 入院（所）･･･　　　　　年　　月　　日頃から （ 施設名 ： ）　 退院（所）予定 ･･･ なし ・ あり （ 　　　　　年　　月　　日頃 ） | | | | | | | | |
| 調査実施場所  （上記以外の場合のみ記入） | 〒 電話番号 自宅 携帯 | | | | | | | | |
| 調査立会者 | 氏 名 続 柄 電話番号 （自宅） （携帯） | | | | | | | | |
| 主 治 医 | ・定期的に受診を （ していない ・ している ･･･ 最終診察日：令和 年 月 日 ） | | | | | | | | |
| 備 考  （調査員に伝えておきたいこと等） | ※調査の日程について、ご希望の曜日があればご記入下さい。 | | | | | | | | |

新規・区分変更・更新申請用