

新規

介護保険要介護認定・要支援認定申請書

苫小牧市長 様 次のとおり申請します。

被 保 者	介護保険 被保険者番号	0	0	0	0									申請年月日	令和	年	月	日		
	医療 保険	保険者名	後期・国保・生保・その他()										保険者番号	39012133・010132 その他()						
		被保険者証	記号	苫小牧・その他()							番号				枝番					
	フリガナ													生年月日	明治・大正・昭和					
	氏名														年 月 日					
	住所	〒												性別	男・女					
													電話番号							
	前回の要介護 認定結果等	要介護状態区分 1 2 3 4 5					経過的要介護					要支援状態区分 1 2								
	有効期間												年 月 日 から				年 月 日まで			
	現在の入院・入所 の有無(短期入所含)	施設名等					所在地					期間								
有・無	(介護施設・医療施設)					(号室)					年 月 日～ 年 月 日									
介護補償給付等の受給の有無			無・有 (補償給付名称)																	
特記事項		送付先変更 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし																		
個人番号												カード確認・職権記載								

申請者氏名 又は 提出代行者名称	※該当に○(地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設)											本人との関係					
申請者住所	〒												電話番号				

主治 医	主治医の氏名 (診療科目)	(診療科)										医療機関名						
	所在地	〒												最近の受診 (予定日含む)	月 日			
												電話番号			受診頻度	回/ ヶ月		

2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)のみ記入し、医療保険者証の写しを添付

特定疾病																	
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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・要支援認定に係る調査内容、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、苫小牧市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、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。

又、介護認定調査に際し必要があるときは医療機関及び関係施設に対し調査項目についての情報提供を求めることに同意します。

本人氏名 _____

※市記入欄

処 理 欄	受付印	調査時に下記のとおり お願い致します					意見書	備考						
		<input type="checkbox"/> 保険証調査時回収					新規・継続	受付	入力	確認				
		<input type="checkbox"/> 資格者証調査時発行					在宅・施設							

認定調査連絡票(新規)

調査員が訪問を行う際の参考にさせていただきますので、該当する項目に☑しご記入ください。

氏名	
申請理由	<p>1. 今回の申請に至った理由をご記入ください。(複数回答可)</p> <p><input type="checkbox"/> 疾患等がつらく、支援が必要なため(病名、病状:)</p> <p><input type="checkbox"/> 体力・筋力低下等により支援が必要なため(症状:)</p> <p><input type="checkbox"/> 認知機能の低下があり、支援が必要なため(認知症の検査: 有・無)</p> <p><input type="checkbox"/> (末期)がんのため支援が必要(本人へ告知: 有・無)</p> <p><input type="checkbox"/> その他 (入院中の場合、疾病や状態をご記入ください)</p> <p style="font-size: 2em;">()</p> <p>2. 利用したいサービスに印を付けてください。(複数回答可)</p> <p><input type="checkbox"/> ホームヘルプサービス <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与・購入</p> <p><input type="checkbox"/> デイサービス・デイケア <input type="checkbox"/> 介護老人福祉または介護老人保健施設への入所</p> <p><input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設への入院</p> <p><input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> サービス検討中</p> <p><input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> その他()</p>
現況 (困り事)	<p>日常生活で支障がある事(手伝ってほしいこと等)をご記入ください。(複数回答可)</p> <p><input type="checkbox"/> 家事 <input type="checkbox"/> 移動 <input type="checkbox"/> 視力低下(弱視・全盲)</p> <p><input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 療養上の世話 <input type="checkbox"/> 聴覚低下(難聴等)</p> <p><input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 外出機会の減少 <input type="checkbox"/> 関節痛(腰痛、膝痛含む)</p> <p><input type="checkbox"/> 買い物 <input type="checkbox"/> 体力維持 <input type="checkbox"/> 心肺機能低下による呼吸苦等</p> <p><input type="checkbox"/> 認知機能 (記憶力低下・理解力低下・幻視幻聴・介護抵抗・不潔行為 徘徊・昼夜逆転・暴言暴力・その他())</p> <p><input type="checkbox"/> その他()</p>
家族構成	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 夫婦二人暮らし <input type="checkbox"/> その他()
通院等	<input type="checkbox"/> 透析 << 月・火・水・木・金 >> [土・日]
通院等	<input type="checkbox"/> その他定期外出 << 月・火・水・木・金 >> [土・日]
調査の 連絡先	<p><input type="checkbox"/> 本人</p> <p><input type="checkbox"/> 申請者</p> <p><input type="checkbox"/> その他 (フリガナ氏名 続柄 連絡先 - -)</p> <p>都合の悪い日時・電話対応可能な時間帯など</p>
調査同席・ 聞き取りの 有無	<p><input type="checkbox"/> 無(聞き取り不要)</p> <p><input type="checkbox"/> 無(聞き取り必要) ➡ (フリガナ氏名 続柄 連絡先 - -)</p> <p><input type="checkbox"/> 有</p> <p style="font-size: 0.8em;">連絡先と同じであれば「同上」と記載してください</p>
留意点	<p>調査の際に配慮することなど、事前に調査員に伝えたいことがあればご記入ください。</p> <p><input type="checkbox"/> 認定調査を急ぐ(理由:)</p> <p><input type="checkbox"/> 退・転院予定あり 月 日(転院先:)</p>