

介護保険 要介護認定・要支援認定申請書（新規・変更）

常滑市長 様 次のとおり申請します。

										申請日	年 月 日				
被保険者番号 0 0 0 0										個人番号					
被 保 険 者	医療 保 険	保険者名 常滑市・愛知県後期高齢者医療広域連合・ その他（ ）								保険者番号					
		被保険者証		記号		番号		枝番							
	フリガナ				生年月日		明・大・昭		年 月 日						
	氏名				年齢		歳	性別	男・女						
	住所		〒 常滑市 電話番号（ ） -												
	現在生活されているところ		<input type="checkbox"/> ご自宅（住民登録地） <input type="checkbox"/> 入院中（ 病院 病室 ） <input type="checkbox"/> その他（ ）						退院予定日（入院中の方） <input type="checkbox"/> （ 月 日ごろ） <input type="checkbox"/> 未定						

主治医	医療機関名				診療科目 主治医名			
	所在地	〒 電話番号（ ） -						
受診状況	<input type="checkbox"/> 〔最終診察 月 日頃 / 次回診察 月 日頃〕 <input type="checkbox"/> 入院中							

申請者	氏名				本人との関係				
	住所	〒 電話番号（ ） -							
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）								
申請代行の 説明	年 月 日			申請代行の説明を行った人					
				説明を受け申請を依頼した人					

※ 変更申請のみ記入

前回の要介護 認定結果	要介護状態区分	要支援 1 2	要介護 1 2 3 4 5
	有効期限	年 月 日 ~ 年 月 日	

※ 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			
-------	--	--	--

同意書	1 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、及び主治医意見書を、常滑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。 2 個人番号、医療保険情報の記載が無い場合は、職員が住民基本台帳等の確認を行ったうえで、申請書欄に補記することに同意します。		
	本人氏名	代筆者氏名	続柄（ ）

※保険者記入欄

--



認定調査連絡票

調査員が訪問に伺う際の参考に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、ご本人の状況についてご記入ください。

		被保険者氏名	
同居人の有無		<input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> 同居だが日中独居 <input type="checkbox"/> 別棟に家族がいる <input type="checkbox"/> 夫婦二人暮らし <input type="checkbox"/> 一人暮らし(独居)	
申請理由 ※お身体の具合について (病気、物忘れ、身の回りでできないこと等) ※生活でお困りのこと、不自由なことについて ※家族構成、家族状況について			
お身体の状態	歩行	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 杖等の支えが必要 <input type="checkbox"/> できない(車椅子、寝たきり)
	食事	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 介助必要
	着替え	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 介助必要
	入浴	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 介助必要 <input type="checkbox"/> しばらく入っていない
	トイレ	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 介助必要 [<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ()]
	会話	日常会話に支障が	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(難聴、失語など)
	認知症	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある()
結核などの感染症の有無		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 診断結果まち]	
障がい手帳の有無		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 身体() <input type="checkbox"/> 精神() <input type="checkbox"/> 知的()	
希望するサービス		<input type="checkbox"/> すぐに利用したい <input type="checkbox"/> 利用は認定結果が出た後でよい <input type="checkbox"/> ホームヘルプサービス <input type="checkbox"/> 住宅改修() <input type="checkbox"/> デイサービス・デイケア <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与・購入() <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 施設入所() <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> その他()	
(在宅)ケアマネージャー		<input type="checkbox"/> 希望事業者() <input type="checkbox"/> まだ決まっていない	
認定調査希望日		<input type="checkbox"/> 希望日() <input type="checkbox"/> 特になし	
調査に同席できる方		同席者氏名() 続柄() 日中の連絡先(携帯等)()	
調査員の車を置く所		<input type="checkbox"/> 自宅に駐車スペースあり <input type="checkbox"/> 無(ない場合、近所に駐車する場所)	

提出代行事業者記入欄(必要事項があればご記入ください)

(ケアマネ調査同行の希望 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)
