

〔記入例〕 - 家族が申請する場合の例 - (表面)

様式第18号 (第16条関係)

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

那須塩原市長 様

介護保険法第27条第1項、第28条第2項、第32条第1項又は第33条第2項の規定により、次のとおり申請します。

申請者氏名	塩原 美留妃	申請年月日	令和 4年 4月 1日
提出代行者 名 称	本人との関係 長女 ①		
申請者住所	〒329-0000 那須塩原市中塩原 00-000 電話番号 090-0000-0000		

※申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

介護保険 被保険者番号	0 0 0 1 2 3 4 5 6 7	個人番号	
医療保険 被保険者名	那須塩原市	保険者番号	090134
被保険者証 記号	100	番号	012345
フリガナ	なしお たろう	生年月日	明・大・昭 10年 10月 10日
氏 名	那塩 太郎	性 別	男 ・ 女
住 所	〒325-8501 那須塩原市共壘社 00-00 電話番号 0287-00-0000		
過去の要介護認定の結果等	要介護状態区分 1 2 3 4 5 要支援状態区分 1 2		
有効期間	平・令 年 月 日 ~ 平・令 年 月 日		
過去6月間の介護保険施設・医療機関等への入院、入所の有無	介護保険施設の名称等 所在地 期間: 平・令 年 月 日 ~ 平・令 年 月 日 介護保険施設の名称等 所在地 期間: 平・令 年 月 日 ~ 平・令 年 月 日 医療機関等の名称等 所在地 期間: 平・令 年 月 日 ~ 平・令 年 月 日 医療機関等の名称等 所在地 期間: 平・令 年 月 日 ~ 平・令 年 月 日 ④ 有 ・ 無 医療機関等の名称等 あたご総合病院 所在地 那須塩原市あたご町 000-0000 期間: 平・令 4年 2月 1日 ~ 平・令 4年 3月 20日		

主治医の氏名	那須野 仁久	医療機関名	あたご総合病院 ⑤
所 在 地	〒329-0000 那須塩原市あたご町 000-0000 電話番号 0287-00-0000		

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

特定疾病名	⑥
-------	---

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、要介護認定又は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及び意見並びに主治医意見書を那須塩原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供することに同意します。

本人氏名	⑦
(家族の場合) 代筆者	(続柄)
(居宅介護支援事業者等の場合) 代筆者	

- ① 介護認定を受けたい人から見た関係
- ② 家族が申請する時は記入不要
- ③ 介護認定を受けたい人健康保険証等の保険者・保険者番号・被保険者記号番号を記入してください。
40歳~64歳の方や記入方法が分からない方は、健康保険証のコピーを提出してください。
※個人番号(マイナンバー)を記入した場合は、窓口にて申請者の身分確認をさせていただきます。(郵送申請の場合は、運転免許証等のコピーを同封してください)
個人番号が分からない等の場合は個人番号が未記入でも受理します。(未記入の場合は確認書類不要)
- ④ 半年以内の入院の有無に○をつけてください。
入院「有」の時は、入院した病院名・所在地・期間を分かる範囲で記入してください。
- ⑤ 市役所から病院へ、介護認定に必要な書類(主治医意見書)を依頼します。定期受診のある方は、かかりつけ医を記入。定期受診の無い方や、入院中の方は、現在の心身の状態がわかる医師、病院名を記入してください。
複数の病院を受診中の方は、日常生活への影響が一番大きい疾患を診てもらっている医師・病院名を記入してください。
- ⑥ 40歳~64歳の方のみ記入
介護保険で定める特定疾病を記入してください。
- ⑦ 同意内容をお読みいただき、署名してください。

【特定疾病】

- 関節リウマチ
- 筋萎縮性側索硬化症
- 後縦靭帯骨化症
- 脊髄小脳変性症
- 脊柱管狭窄症
- 初老期における認知症
- 骨折を伴う骨粗しょう症
- 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症
- 進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病
- 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症
- 閉塞性動脈硬化症
- 慢性閉塞性肺疾患
- 早老症
- 多系統萎縮症
- 脳血管疾患
- がん(回復の見込みがない状態と医師が判断したもの)

<訪問調査についての確認事項> (新規・要支援からの区分変更申請用)

I 訪問調査場所

自宅 (親族の家など、住民票住所と違う家に滞在中の場合は『その他』に記入してください) ⑧

病院 _____ 病院 _____ 棟 _____ 号室

施設等 → 調査地: 長女宅 住所: 那須塩原市中塩原 00-000

その他 → TEL: _____ 備考: _____

II 家族状況および調査時立会い

1. 同居家族あり [夫 妻 子 子の配偶者 孫 その他 ()] ⑨

同居家族なし [近くに家族が住んでいる 家族は遠方 その他 ()]

2. 主な介護者 [夫 妻 子 子の配偶者 孫 その他 ()]

3. 訪問調査時の立会い者 ※ご自宅で調査の場合は、できるだけご家族の立会いをお願いします。病院・施設での調査の場合は任意です。

立会いなし 立会いあり [夫 妻 子 子の配偶者 孫 その他 ()] ⑩

[同居 近くに住んでいる 遠方より訪問調査のために来る]

4. 訪問調査の日程調整の連絡先

ふりがな しおばら みるひい 続柄(長女)

お名前 塩原 美留紀 TEL: 090-0000-0000

※日中連絡のつく電話番号をご記入ください。

5. 調査日のご都合が悪い曜日・時間帯に×を付けてください。 ⑪

特になし

ある →

	月	火	水	木	金
午前		×		×	
午後		×			

連絡がつく時間帯 ⑫

午前 午後 いつでも可

※午前8:30～午後5:00の間にお電話いたします

備考: _____

※62-7113から着信がありましたら折り返しのご連絡をお願いします

III 日常生活状況

身体に障害がある

[部位、症状: 腰痛、歩行時ふらつく]

認知症状がある

[症状: 同じ話をくり返す、通帳やカギを失くす]

介助が必要なこと

[入浴、着替え、薬の準備] ⑬

IV 利用希望の介護保険サービス

ヘルパー デイサービス

訪問リハビリ 通所リハビリ

住宅改修 福祉用具販売

福祉用具レンタル 施設入所

その他 [] ⑭

V 現在、医療機関に入院中の方

医療機関に入院中の方は、原則として状態が安定し、退院の見通しがついてから調査を行います

1. 何が原因で入院になりましたか? 病名等: _____

2. 退院日は決まっていますか? 決まっている [月 日頃・近々] 未定

3. 退院後の予定(希望も含む)は? 在宅 施設入所 転院[] 未定

4. 今回の申請について主治医の許可はでていますか? できている できていない

VI 主治医意見書についての確認事項[通院中の方]

1. かかりつけの医療機関等を受診したのはいつですか? 1か月以内 3か月以内 4か月以上前

2. どの様な症状でかかりましたか? 腰痛、高血圧 ⑮

VII 訪問調査にあたり、必要と思われる情報がありましたら詳しくご記入ください。

今年8月、玄関で転んで、腰を痛めて入院しました。退院してからは娘の家にいます。もう少し動けるようになるまでいる予定です。 ⑯

VIII 第三者行為(交通事故等)に該当する方

1. 事故発生日 令和 年 月 日

2. 示談の有無 無し 有り (示談日: 令和 年 月 日)

⑧ 現在生活している場所を記入してください。現在入院中で間もなく退院予定の方は、退院後生活する予定の場所を記入してください。訪問調査前に居場所が変わった時(入院した、退院が早まった、別な親族宅に滞在する事になった等)は至急、高齢福祉課介護認定係へご連絡願います。

⑨ 現在の家族の状況を記入してください。一時的に親族宅等に滞在中の方は、普段の状況を記入してください。

⑩ 日頃の様子が分かる方が立ち会ってください。

⑪ 毎週決まって都合の悪い曜日、時間帯があれば×を付けてください。月1回の通院等、予約の入っている日があれば⑯に記入してください。

⑫ 平日の午前8:30～午後5:00の間に連絡のつく電話番号を記入してください。連絡のつく時間が短い方は、お手数ですが、着信がありましたら折り返しのご連絡をお願いいたします。

TEL 0287-62-7113
※連絡が取れないと訪問調査に伺う事ができません。

⑮ ⑤で記入した病院を受診した時期を記入してください。しばらく受診の無い方は、受診をお願いする場合があります。

⑯ ⑬に書ききれなかった症状や介護が必要な事を記入してください。区分変更申請の方は、区分変更理由と、前回の訪問調査の時と比べてどのような介護の手間が増えた(減った)のかを記入してください。その他、伝えておきたい事があれば記入してください

(例)・敷地に2棟家があるので、奥の赤い屋根の家へ来てください。
・足が痛いので、インターホンが鳴ってから玄関に行くまで3分くらいかかります。

⑬ 気になる症状、介助が必要な事を記入してください。

⑭ 現時点での希望、検討中のサービスを記入してください。