

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。

		申請年月日	年	月	日
申請者氏名			本人との関係		
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 ・介護医療院）				
申請者住所	〒		電話番号		

※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					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		
被 保 者	フリガナ				生年月日			年	月	日
	氏 名				性 別			男	・	女
	住 所	〒		電話番号						
保 険	前回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					
	※要介護・要支援更新認定の場合のみ記入	有効期間			年	月	日	～	年	月
者	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： 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									
有 ・ 無	医療機関等の名称等 所在地									
	期間： 年 月 日 ～ 年 月 日									

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

特定疾病名					
-------	--	--	--	--	--

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 \_\_\_\_\_

(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 \_\_\_\_\_

# <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

<input type="checkbox"/> 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)	
<input type="checkbox"/> 病院	病院 _____ 棟 _____ 号室
<input type="checkbox"/> 施設等	} → 調査地: _____ 住所: _____ TEL: _____ 備考: _____
<input type="checkbox"/> その他	

## II 家族状況および調査時立会い

1.	<input type="checkbox"/> 同居家族あり [ <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> その他( ) ]																		
	<input type="checkbox"/> 同居家族なし [ <input type="checkbox"/> 近くに家族が住んでいる <input type="checkbox"/> 家族は遠方 <input type="checkbox"/> その他( ) ]																		
2.	主な介護者 [ <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 立会いなし <input type="checkbox"/> 立会いあり [ <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> その他( ) ] [ <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 近くに住んでいる <input type="checkbox"/> 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 _____ お名前 _____ 続柄( ) _____ TEL: _____ ※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 <b>X</b> を付けてください。 <input type="checkbox"/> 特になし 連絡がつく時間帯 <input type="checkbox"/> ある ⇒ <table border="1"><tr><td></td><td>月</td><td>火</td><td>水</td><td>木</td><td>金</td></tr><tr><td>午前</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>午後</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 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		月	火	水	木	金	午前						午後					
	月	火	水	木	金														
午前																			
午後																			

## III 日常生活状況

<input type="checkbox"/> 身体に障害がある [ 部位、症状: _____ ]
<input type="checkbox"/> 認知症状がある [ 症状: _____ ]
<input type="checkbox"/> 介助が必要なこと [ _____ ]

## IV 利用希望の介護保険サービス

<input type="checkbox"/> ヘルパー	<input type="checkbox"/> デイサービス
<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ	<input type="checkbox"/> 通所リハビリ
<input type="checkbox"/> 住宅改修	<input type="checkbox"/> 福祉用具販売
<input type="checkbox"/> 福祉用具レンタル	<input type="checkbox"/> 施設入所
<input type="checkbox"/> その他 [ _____ ]	

## 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? <input type="checkbox"/> 決まっている [ 月 _____ 日頃・近々 ] <input type="checkbox"/> 未定
3.	退院後の予定(希望も含む)は? <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> 転院 [ _____ ] <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> でている <input type="checkbox"/> でていない

## 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? <input type="checkbox"/> 1か月以内 <input type="checkbox"/> 3か月以内 <input type="checkbox"/> 4か月以上前
2.	どのような症状でかかりましたか? _____

## 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。

--

## 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 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り (示談日: 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日)