

介護保険 要介護等認定 【 新規 更新 区分変更 転入 】 申請書

日向市長様

次のとおり、申請します。

										申請年月日		令和		年		月		日						
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													
フリガナ					生年月日					性別														
氏名					<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日					<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女														
住所					〒 - (電話番号) - -																			
前回の要介護認定の結果等					要介護状態区分					<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5					要支援状態区分					<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2				
					有効期間					令和 年 月 日 から					令和 年 月 日									
14日以内に他自治体から転入した者のみ記入					転出元自治体(市町村)名					要介護・要支援認定を申請中														
					前自治体での申請日					令和 年 月 日														
区分変更申請の理由					<input type="checkbox"/> 状態悪化 (左になった経緯) <input type="checkbox"/> 状態改善 <input type="checkbox"/> その他																			
					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・医療機関等の名称等・所在地					期間		令和 年 月 日		令和 年 月 日					
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし										介護保険施設・医療機関等の名称等・所在地					期間		令和 年 月 日		令和 年 月 日					

提出 代 行 者	名称	該当に <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 (担当者)														
	住所	〒 - (電話番号) - -														

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															
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

介護サービス計画又は介護予防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、日向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。

また、認定結果が非該当・要支援の場合は、介護予防事業のため担当する地域包括支援センターに認定結果を提供することに同意します。

日向市高齢者あんしん課 記入欄			
給付制限		調査員名	調査予定日
Acrocity			
支援			
主治医意見書			

本人署名 _____
 代筆者署名 _____
 (続柄) () _____

■労災等各法 [労働者災害補償保健法の介護保障給付] ※必ずご記入ください。

介護保障給付等受給資格 (あり なし) お願い：有の場合は、直近の介護補償給付等支給決定通知書を添付して下さい。

■対象者の状況

家族構成	() 人暮らし					
病歴						
身体機能	麻痺	<input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし	歩行	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可
意思の伝達	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可	(伝達手段) <input type="checkbox"/> 口頭 <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> 手話 <input type="checkbox"/> その他【 () 】			
認知症の有無 ※周辺症状などは、 該当する内容がある 場合はチェックして ください。	<input type="checkbox"/> あり	周辺 症状 など	<input type="checkbox"/> 判断能力低下	<input type="checkbox"/> 時間や場所がわからない	<input type="checkbox"/> 仕事や家事ができなくなる	
	<input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> 話している言葉が理解できない	<input type="checkbox"/> 記憶障害	<input type="checkbox"/> 怒りっぽくなった	
			<input type="checkbox"/> 妄想	<input type="checkbox"/> 意欲低下	<input type="checkbox"/> うつ状態	
			<input type="checkbox"/> 徘徊	<input type="checkbox"/> 暴力行為	<input type="checkbox"/> 興奮	

■訪問調査に関すること

認定調査先 住所	<input type="checkbox"/> 被保険者住所と同じ <input type="checkbox"/> 調査先の名称 () <input type="checkbox"/> 調査先の住所 ()		
日程調整時の 連絡者	フリガナ	続柄	日中連絡可能な電話番号
	連絡先氏名		- -
認定調査時の 同席者	<input type="checkbox"/> 同席者なし (本人のみ) <input type="checkbox"/> 同席者あり ※同席者の居住地は日向市内ですか? (<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ) <input type="checkbox"/> 日程調整時の連絡者と同じ <input type="checkbox"/> 上記以外 (下記に氏名等の記入をお願いします。) 氏名 () 続柄 ()		

■今後、利用したいサービス内容を記入してください。

<input type="checkbox"/> 訪問介護	<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護	<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション
<input type="checkbox"/> 通所介護	<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 短期入所	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護
<input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/> 福祉用具レンタル・購入	<input type="checkbox"/> 住宅改修	<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導
<input type="checkbox"/> 施設入所 ()			

■連絡事項がある場合は記入してください。

--

■利用中のサービスがある場合は記入してください。

訪問系	1. 訪問介護	事業所名	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日
	2. 訪問入浴介護	事業所名	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日
	3. 訪問看護・リハ	事業所名	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日
	4. 配食サービス	事業所名	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合) <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜
	5. その他 ()	事業所名	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日
通所系	1. 通所介護	事業所名	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日
	2. 通所リハビリ	事業所名	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日
宿泊系	3. ショートステイ	施設名	1か月内の利用結果: _____ 今後2か月の利用予定日: _____
その他	4. 人工透析	医療機関名	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日
	5. その他 ()	事業所名	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日
小規模 (看護)	1. 通所		<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日
	2. 訪問介護・看護	施設名	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日
	3. 宿泊		今後2か月の利用予定日: _____
その他	1. 福祉用具レンタル	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	品目: _____
	2. 福祉用具購入 (6か月以内)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	品目: _____