

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																			
被 保 険 者	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										☐ 大 昭 年 月 日 ☐ 正 和										☐ 男 ☐ 女								
	住 所										〒 - (電話番号) - -																		
險 者	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								
						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 ☐ はい ☐ いいえ													
						前自治体での申請日					令和 年 月 日																		
	区分変更申請の理由					☐ 状態悪化 (左になった経緯) ☐ 状態改善 ☐ 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 ☐ あり ☐ 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							
					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							

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 ☐ 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 ☐ 介護医療院																								
	住 所	〒 - (電話番号) - - (担当者)																								

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	☐ あり ()	☐ なし	歩行	☐ 可	☐ 不可
意思の伝達	☐ 可	☐ 不可	(伝達手段) ☐ 口頭 ☐ 筆談 ☐ 手話 ☐ 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。	☐ あり	周辺 症状 など	☐ 判断能力低下	☐ 時間や場所がわからない	☐ 仕事や家事ができなくなる	
☐ なし	☐ 話している言葉が理解できない		☐ 記憶障害	☐ 怒りっぽくなった		
	☐ 妄想		☐ 意欲低下	☐ うつ状態		
	☐ 徘徊		☐ 暴力行為	☐ 興奮		

■訪問調査に関すること

認定調査先 住所	☐ 被保険者住所と同じ ☐ 調査先の名称 () ☐ 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	☐ 同席者なし（本人のみ） ☐ 同席者あり ※同席者の居住地は日向市内ですか？（ ☐ はい ☐ いいえ） ・ ☐ 日程調整時の連絡者と同じ ☐ 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。

☐ 訪問介護	☐ 訪問入浴介護	☐ 訪問看護	☐ 訪問リハビリテーション
☐ 通所介護	☐ 通所リハビリテーション	☐ 短期入所	☐ 小規模多機能型居宅介護
☐ 看護小規模多機能型居宅介護	☐ 福祉用具レンタル・購入	☐ 住宅改修	☐ 居宅療養管理指導
☐ 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	☐ 月 ☐ 火 ☐ 水 ☐ 木 ☐ 金 ☐ 土 ☐ 日
	2. 訪問入浴介護	事業所名	☐ 月 ☐ 火 ☐ 水 ☐ 木 ☐ 金 ☐ 土 ☐ 日
	3. 訪問看護・リハ	事業所名	☐ 月 ☐ 火 ☐ 水 ☐ 木 ☐ 金 ☐ 土 ☐ 日
	4. 配食サービス	事業所名	☐ 有 ☐ 無 (有の場合) ☐ 昼 ☐ 夜
	5. その他 ()	事業所名	☐ 月 ☐ 火 ☐ 水 ☐ 木 ☐ 金 ☐ 土 ☐ 日 ☐ 月 ☐ 火 ☐ 水 ☐ 木 ☐ 金 ☐ 土 ☐ 日
通所系	1. 通所介護	事業所名	☐ 月 ☐ 火 ☐ 水 ☐ 木 ☐ 金 ☐ 土 ☐ 日
	2. 通所リハビリ	事業所名	☐ 月 ☐ 火 ☐ 水 ☐ 木 ☐ 金 ☐ 土 ☐ 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	☐ 月 ☐ 火 ☐ 水 ☐ 木 ☐ 金 ☐ 土 ☐ 日
	5. その他 ()	事業所名	☐ 月 ☐ 火 ☐ 水 ☐ 木 ☐ 金 ☐ 土 ☐ 日
小規模 (看護)	1. 通所	施設名	☐ 月 ☐ 火 ☐ 水 ☐ 木 ☐ 金 ☐ 土 ☐ 日
	2. 訪問介護・看護		☐ 月 ☐ 火 ☐ 水 ☐ 木 ☐ 金 ☐ 土 ☐ 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	☐ 無 ☐ 有	品目:
	2. 福祉用具購入(6か月以内)	☐ 無 ☐ 有	品目: