

介護保険

(宛先)みよし市長
次のとおり申請します。

- ☐ 要介護認定・要支援認定
- ☐ 要介護更新認定・要支援更新認定
- ☐ 区 分 変 更

申請書

☐にしを入れてください。

被 保 険 者	個 人 番 号												申 請 年 月 日		年 月 日			
	医 療 保 険	保 険 者 名												保 険 者 番 号				
		被 保 険 者 証		記 号						番 号						枝番		
	介 護 保 険 被保険者番号												生 年 月 日		年 月 日			
	フリガナ										年 齢		歳					
	氏 名										性 別		男 女					
	住 所		みよし市													電話番号		
	前回の要介護認定の結果等 ※更新認定の場合のみ記入		状 態 区 分		要 介 護 1 2 3 4 5 ・ 要 支 援 1 2 ・ 事 業 対 象 者													
			有 効 期 間		年 月 日 から 年 月 日													
	変 更 申 請 の 理 由																	
過去6月間の介護保険施設・医療機関等入所・入院の有無(短期入所を除く)		有	無	施 設 名								電話番号						
				期 間 年 月 日 から 年 月 日 まで														
				施 設 名								電話番号						
				期 間 年 月 日 から 年 月 日 まで														

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・小規模多機能型居宅介護・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)												
	住 所	〒 電話番号												

主治医意見書の依頼先

医 療 機 関						主 治 医		科 先生						
受 診 日		最近	年 月 日				次回		年 月 日					
医 療 機 関 住 所		〒 電話番号												

2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入・健康保険証を添付のこと

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・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・意見、主治医意見書、みよし市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、みよし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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する(地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。)ことに同意します。また、当該被保険者の支援に必要があるときは、申請書記載内容、介護認定審査会による判定結果を地域包括支援センターに提示することに同意します。
(更新申請の場合のみ) 申請から30日以内に認定がされない場合、現在の認定の有効期間内であれば、認定延期通知の省略に同意します。

本 人 氏 名 :

申請者氏名 : 対象者との関係 ()

※調査立会人 (氏名 : 連絡先 :)

※ケアマネジャー (事業所 : 氏名 :)

市 記 入 欄	受付印	調 査 日 時		月 日 () : ~					
		場 所		自宅 ・ 現在地 ・ 施設 ・ 病院 ()					
		被 保 険 者 証 回 収		済 ・ 調査時回収 ・ 紛失		資格者証発行		済 ・ 未	

認定申請アンケート（分かる範囲でご記入をお願いします。）

家族状況 ※○をつけてください	・ひとり暮らし ・夫婦のみ ・親族と同居 ・その他（ ）								
調査訪問時の 同席者の有・無 ※○をつけて詳細を記入 してください	□有 □無：本人の状況を知っている人を教えてください 氏名 続柄 TEL番 () () ※原則、同席者有が望ましいです。無の場合電話等で確認する場合があります								
調査日時の 希望 ※希望日を記入して希望 時間を○つけてください	・第1希望 月 日 希望時間 午前 ・ 午後 ・第2希望 月 日 希望時間 午前 ・ 午後 ・第3希望 月 日 希望時間 午前 ・ 午後 ※原則、午前：9時30分から10時30分まで 午後：1時30分から3時30分までの開始時間 その他要相談 ・希望なし（いつでも可能）								
介護保険サービス 等の利用について ※通院を含む利用してい る介護保険サービスを大 まかに記入してください		月	火	水	木	金	土	日	ショートステイ利用時のお泊り期間
	午前								
	午後								月 日から 月 日まで
利用を希望する 介護保険サービス ※○をつけてください	・デイサービス ・ヘルパー ・住宅改修 ・福祉用具購入 ・福祉用具レンタル ・特別養護老人ホーム ・老人保健施設 ・その他施設入所 ・今後検討する								
調査の際に 配慮すること ※○をつけて詳細を記入 してください	有 ・ 無		・難聴 ・病名告知 ・申請の本人了承 ・家族の聞き取り 詳細：						
現在の 身体状況 ※○をつけて 詳細を記入し てください	①入院について（有・無 年 月 日入院開始 年 月 日退院予定・未定） ②現在の状態の原因 （骨折・脳梗塞・肺炎・生活維持機能の低下・その他（ ）） ③現在の状態はいつ頃から（ 年 月 日頃）※わかる範囲で ④歩行状況（ 杖なし歩行 ・ 杖歩行 ・ 歩行できない ） ⑤認知状況（ 認知症がない ・ あるかもしれない ・ ある ・ 不明 ） ⑥介助が必要な日常動作 移動（ 自立 ・ 要介助 ）入浴（ 自立 ・ 要介助 ） トイレ（ 自立 ・ 要介助 ）食事（ 自立 ・ 要介助 ） 着替え（ 自立 ・ 要介助 ）その他（ ） ⑦その他 病状やお困りごとなど 								
その他 ※調査前日に再度確認の 連絡をさせていただく場 合があります	車で訪問する場合の自宅及び近隣の駐車場			（場所： ）					
	病院・施設（名称：			病棟：			病室： ）		
	本人または家族に感染する可能性のある疾患 例：インフルエンザ・ノロウイルス・結核・疥癬			有 ・ 無		（病名： ）			
	室内におけるペット			有 ・ 無		調査の安定性のため、 別室での実施にご協力ください			

※市記入欄（以下について記入は必要ありません。）

申請受付者	調査日時調整	施設・HP連絡	保険料未納	前日連絡
	受付方法 窓口・電話 受付者	未 済（連絡日 月 日）	有 ・ 無	