

新規 介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書

苫小牧市長 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	0 0 0 0	個人番号	
医療保険 被保険者名	<input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> その他	被保険者番号	<input type="checkbox"/> 39012133 <input type="checkbox"/> 010132 <input type="checkbox"/> その他
介護保険 被保険者 記号・番号	記号 <input type="checkbox"/> 苫小牧 <input type="checkbox"/> その他	番号	枝番
フリガナ		生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日
氏名		性別	<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・要 支援更新認定 の場合のみ	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
	※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 [] 現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 (既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください。) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合、申請日 令和 年 月 日	
過去6か月間 の介護保険施設、医療機関 等への入院、 入所の有無	介護保険施設等の名称等・所在地	期間	令和 年 月 日 ~ 年 月 日
	介護保険施設等の名称等・所在地	期間	令和 年 月 日 ~ 年 月 日
	医療機関等の名称等・所在地	期間	令和 年 月 日 ~ 年 月 日
	医療機関等の名称等・所在地	期間	令和 年 月 日 ~ 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 指定介護老人福祉施設 介護老人保健施設 介護医療院)
住所	〒 - 電話番号 - -

主治医 氏名	(診療科)	医療機関名
所在地	〒 -	電話番号 - -

第二号被保険者(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・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、主治医意見書、苫小牧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、苫小牧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。

本人氏名

特記事項 送付先変更 あり なし

※市記入欄 ※裏面もご記入ください。

処	介護補償給付等の受給の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (補償給付名称)
理 欄	受付印	調査時に下記のとおり お願い致します
		意見書
	備考	備考
	保険証調査時回収	新規・継続
	資格者証調査時発行	在宅・施設
		受付
		入力
		確認

認定調査連絡票(新規)

調査員が訪問を行う際の参考にさせていただきますので、下記の事項についてご記入ください。

氏名																	
申請理由	<p>1. 今回の申請に至った理由をご記入ください。(複数回答可)</p> <p><input type="checkbox"/> 疾患等がつらく、支援が必要なため(病名、病状:)</p> <p><input type="checkbox"/> 体力・筋力低下等により支援が必要なため(症状:)</p> <p><input type="checkbox"/> 認知機能の低下があり、支援が必要なため(認知証の検査 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)</p> <p><input type="checkbox"/> (末期)がんのため支援が必要(本人へ告知 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)</p> <p><input type="checkbox"/> その他(入院中の場合、疾患や状態をご記入ください。)</p> <p>()</p> <p>2. 利用したいサービスに印を付けてください。(複数回答可)</p> <p><input type="checkbox"/> ホームヘルプサービス <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与・購入</p> <p><input type="checkbox"/> デイサービス・デイケア <input type="checkbox"/> 介護老人福祉または介護老人保健施設への入所</p> <p><input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設への入院</p> <p><input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> サービス検討中</p> <p><input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> その他()</p>																
現況(困り事)	<p>日常生活で支障がある事(手伝ってほしいこと等)をご記入ください。(複数回答可)</p> <p><input type="checkbox"/> 家事 <input type="checkbox"/> 移動 <input type="checkbox"/> 視力低下(弱視・全盲)</p> <p><input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 療養上の世話 <input type="checkbox"/> 聴覚低下(難聴等)</p> <p><input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 外出機会の減少 <input type="checkbox"/> 関節痛(腰痛、膝痛含む)</p> <p><input type="checkbox"/> 買い物 <input type="checkbox"/> 体力維持 <input type="checkbox"/> 心肺機能低下による呼吸苦等</p> <p><input type="checkbox"/> 認知機能(<input type="checkbox"/> 記憶力低下 <input type="checkbox"/> 理解力低下 <input type="checkbox"/> 幻視幻聴 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 不潔行為)</p> <p>(<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言暴力 <input type="checkbox"/> その他 ())</p> <p><input type="checkbox"/> その他()</p>																
家族構成	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 夫婦二人暮らし <input type="checkbox"/> その他()																
通院等	<table border="1"> <tr> <td>最近の受診</td> <td>月</td> <td>日</td> <td>※予定含む</td> <td>回/月</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 透析……………</td> <td><input type="checkbox"/> 月</td> <td><input type="checkbox"/> 火</td> <td><input type="checkbox"/> 水</td> <td><input type="checkbox"/> 木</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> その他定期外出……</td> <td><input type="checkbox"/> 月</td> <td><input type="checkbox"/> 火</td> <td><input type="checkbox"/> 水</td> <td><input type="checkbox"/> 木</td> </tr> </table>	最近の受診	月	日	※予定含む	回/月	<input type="checkbox"/> 透析……………	<input type="checkbox"/> 月	<input type="checkbox"/> 火	<input type="checkbox"/> 水	<input type="checkbox"/> 木	<input type="checkbox"/> その他定期外出……	<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 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日
最近の受診	月	日	※予定含む	回/月													
<input type="checkbox"/> 透析……………	<input type="checkbox"/> 月	<input type="checkbox"/> 火	<input type="checkbox"/> 水	<input type="checkbox"/> 木													
<input type="checkbox"/> その他定期外出……	<input type="checkbox"/> 月	<input type="checkbox"/> 火	<input type="checkbox"/> 水	<input type="checkbox"/> 木													
調査の連絡先	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/> その他 (フリガナ 氏名 連絡先 続柄) 都合の悪い日時・電話対応可能な時間帯など																
調査同席・聞き取りの有無(複数選択可)	<input type="checkbox"/> 無(聞き取り不要) <input type="checkbox"/> 無(聞き取り必要) → (フリガナ 氏名 連絡先 続柄) <input type="checkbox"/> 有 <small>連絡先と同じであれば「同上」と記載してください</small>																
留意点	<p>調査の際に配慮することなど、事前に調査員に伝えたいことがあればご記入ください。</p> <p><input type="checkbox"/> 認定調査を急ぐ(理由:)</p> <p><input type="checkbox"/> 退・転院予定あり 月 日(転院先:)</p>																