

介護保険要介護認定・要支援認定申請書

被保険者(認定を受ける方)	申請区分	<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 更新	<input type="checkbox"/> 要支援者新規	<input type="checkbox"/> 区分変更	<input type="checkbox"/> 転入継続	
	被保険者番号	00			個人番号		
	フリガナ				申請年月日	年	月
	氏名				生年月日	年	月
	住所	〒 -			電話番号	()	-
	医療保険者名	<input type="checkbox"/> 福岡県後期高齢者医療広域連合 <input type="checkbox"/> 国民健康保険(春日市)			医療保険者番号		
	記号	番号	枝番	特定疾病名 (第2号被保険者のみ)			
前回の介護認定	<input type="checkbox"/> 要支援			名称・所在地	期間		
	<input type="checkbox"/> 要介護			名称・所在地	期間		
	有効期間						
	年 月 日から				年 月 日		
年 月 日まで				年 月 日			
		現在入院中の場合		退院予定日	月	日頃・未定	
				転院の可能性	有・無・不明		

主治医	フリガナ			(医療機関コード)		
	氏名			医療機関名		
	住所	〒 -		電話番号	()	-
	最終受診日	年	月	日	次回受診日	年

申請者	フリガナ			住所	〒 -	
	氏名					
	続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 () <input type="checkbox"/> その他 ()		電話番号	()	-

提出代行者	名称			種類	<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"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設	
	住所	〒 -				
	電話番号	()	-		指定事業者コード	

自宅以外の送付先(今回のみ)	※入院や認知症など、ご本人様に受取不可能な 特別の事情がある場合のみ ご記入ください。 今回の認定結果通知にのみ適用されます。 介護保険関係の全ての郵送物の送付先を変更するには、別途「送付先変更届出書」の提出が必要です。					
〒 -					(理由)	
				電話番号	()	-

この申請に係る審査及び判定のため、要介護認定及び要支援認定(以下「要介護認定等」という。)に係る調査内容及び主治医意見書を筑紫地区介護認定審査会事務局に提出することに同意します。

また、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、要介護認定等に係る調査内容、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。

全ての要介護(要支援)申請について、要介護(要支援)認定が申請日から30日を超える場合にあっては認定までの見込み期間等を通知する書面を省略することに同意します。

この申請書に記載された事項は、緊急時における春日市からの連絡先として使用し、関係人に情報提供することがあります。

本人氏名 _____ **代筆者氏名** _____

(職員記入欄)

※裏面もご記入ください

訪問予定日	年	月	日	()	時	分	~
調査機関	<input type="checkbox"/> 市	<input type="checkbox"/> R I S	<input type="checkbox"/> くすの郷	<input type="checkbox"/> ゆうしん	<input type="checkbox"/> その他	()	
申請方法	窓口		郵送		申請入力	意見書割当	調査票割当
個人番号確認	個人番号カード		官公庁身分証明書		/ 印	/ 印	/ 印
被保険証回収	済		後日				
資格証交付	済		後日				
意見書依頼	済		不要				
備考	前回非該当		期限切れ				

【認定調査確認連絡票】

被保険者番号

00

被保険者氏名

連絡先 家族	<input type="checkbox"/> 表面に記載した申請者に同じ		担当ケアマネージャー 氏名
	氏名 (続柄)	住所 〒 _____ 電話番号 (_____) _____	

申請の理由	新規・更新申請の場合、介護認定申請を希望する理由を記入してください。 区分変更や要支援者新規申請の場合、前回認定時から身体状況や認知面について変化した点を具体的に記入してください。

訪問調査について	調査場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院・施設 <input type="checkbox"/> その他 (_____)
	自宅以外の場合は記入	住所 〒 _____ 電話番号 (_____) _____ (病院・施設名: _____)
	調査日時を調整する方	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/> 提出代行者 <input type="checkbox"/> 家族連絡先 <input type="checkbox"/> その他 (フリガナ) _____ 電話番号 _____ 氏名 _____ 続柄 _____ (自宅・携帯・勤務先等) 住所 _____ ※日中連絡が取れる電話番号の記載をお願いします。
	調査に立会いされる方 (※本人に認知症状がある場合は立会いをお願いします。)	<input type="checkbox"/> 立会者なし <input type="checkbox"/> 日程調整者に同じ <input type="checkbox"/> 家族連絡先 <input type="checkbox"/> その他 (フリガナ) _____ 電話番号 _____ 氏名 _____ 続柄 _____ (自宅・携帯・勤務先等) 住所 _____ ※日中連絡が取れる電話番号の記載をお願いします。
	都合の悪い曜日・時間帯	(本人) _____ (立会者) _____
	調査員が車を停める場所がありますか	<input type="checkbox"/> 有 (敷地内・その他 (_____) → 車庫の高さは2mありますか <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 無 → 近隣にコインパーキングはありますか <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	調査時に本人に配慮することがありますか	「未告知の病名等あるため言わないで欲しい」や「本人の前で立会者が話づらいことがある」など

被保険者について	世帯状況	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 夫婦世帯 <input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> 施設入所
	治療中の疾患がありますか	<input type="checkbox"/> 骨折 (部位 _____) <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 (脳梗塞など) <input type="checkbox"/> 癌 (部位 _____) → (<input type="checkbox"/> 現在治療中 <input type="checkbox"/> 緩和ケア) <input type="checkbox"/> その他 (_____) ※ 感染症等の有無について → <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____)
	歩行(室内)	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 寝たきり
	食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助ありで摂取可 <input type="checkbox"/> 経口摂取不可 (点滴や経管栄養)
	認知症状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____)
	意思伝達	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 簡単なことならできる <input type="checkbox"/> 出来ない
	視力障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____)
	聴覚障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (大きめの声かけ → <input type="checkbox"/> 必要・筆談 → <input type="checkbox"/> 必要・手話通訳 → <input type="checkbox"/> 必要)

サービスについて	【新規申請の方】 利用したい介護サービスは何ですか	① 在宅でのサービス希望 <input type="checkbox"/> 通所(デイサービス等) <input type="checkbox"/> 訪問(ヘルパー等) <input type="checkbox"/> 福祉用具(貸与・販売) <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> その他 (_____)
	いつから利用したいですか	② <input type="checkbox"/> 施設入所希望 <input type="checkbox"/> すぐに利用したい <input type="checkbox"/> 1ヶ月以内 <input type="checkbox"/> 3ヶ月以内 <input type="checkbox"/> すぐの利用は検討してない
	【更新・変更申請の方】 介護サービスの利用状況を教えてください	現在、ご利用中の介護サービスの内容や利用回数についておしえてください。 (_____)
	障害福祉サービスを利用していますか	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している (_____)

その他	介護補償給付の有無	現在、仕事上の傷病等から介護補償給付を受けていますか ⇒ (はい・いいえ)
	第三者行為の有無	介護保険サービスが必要な身体状態になった原因は、交通事故等(第三者行為)によるものですか ⇒ (はい・いいえ)