

介護保険

要介護認定・要支援認定

要介護更新認定・要支援更新認定

申請書

どちらかにマル

遊佐町長殿

次のとおり申請します。

申請年月日

令和 3 年 4 月 3 日

介護保険 被保険者番号	0	0	0	1	9	9	3	2	6	8	個人番号	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
医療 保険	保険者名	遊佐町								保険者番号	遊-13579												
	被保険者証	記号								番号						枝番							
被 保 者	フリガナ	ユザ ハナコ									生年月日	明・大・昭 13 年 4 月 15 日											
	氏名	遊佐 花子									性別	男 ・ 女											
	住所	〒999-8301 遊佐町遊佐字舞鶴 211											電話番号	0234-28-8251									
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記入 ※14日以内に他自治体から転入した者のみ記入	要介護状態区分	① 2 3 4 5					要支援状態区分	1 2														
		有効期限	平成①令和 2 年 4 月 28 日から 令和 3 年 4 月 30 日																				
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）	はい ・ いいえ																						
「はい」の場合、申請日	令和 年 月 日																						
過去 6 月間の 介護保険施設、 医療機関等 入院、入所の 有無	介護保険施設の名称等・所在地											期間	年 月 日～年 月 日										
	介護保険施設の名称等・所在地											期間	年 月 日～年 月 日										
	医療機関等の名称等・所在地																						
有 ・ ①無	医療機関等の名称等・所在地																						

記入例

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）																				
	住所	〒											電話番号									

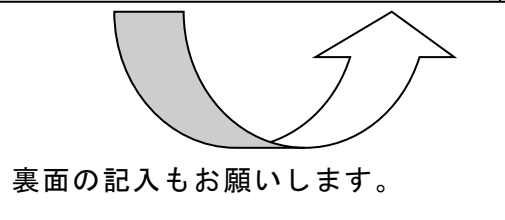
主治 医	主治医の氏名											医療機関名										
	所在地	〒																				

―――
| 普段かかりつけの病院名、医師名の記入をお願いします。 |
―――

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出
また、更新申請の場合であって、現在の認定有効期限内に要介護通知を省略することに同意します。



本人氏名 遊佐 花子

申請時間き取り調書

被保険者番号：0001993268

氏名：遊佐 花子

(フリガナ)	ユザ タロウ	被保険者との続柄	ア.本人 <input checked="" type="radio"/> イ.家族(続柄：長男) ウ.居宅介護支援事業所等 エ.その他(続柄：)
1. 申請者氏名 <u>(※記入必須)</u>	遊佐 太郎		
(フリガナ)	ユザ タロウ	被保険者との続柄	長男
2. 訪問調査時、その他・緊急時の連絡先 <u>(※記入必須)</u>	氏名： 遊佐 太郎		【日中可能な連絡時間帯】 いつでも可能 (携帯電話へ優先してほしい)
	連絡先(日中の連絡先 <input type="checkbox"/> 勤務先等 Tel (名称：) <input type="checkbox"/> 自宅 Tel 28-8251 <input type="checkbox"/> 携帯電話 090-0000-0000		
3. 介護の必要性の原因となっている疾病名または状態 <u>(※記入必須)</u>	心臓病、認知症、高血圧症、両膝痛		
4. 現在の状況 その他特記事項等 (訪問調査時、特に配慮してほしい事由) <u>(※記入必須)</u>	申請理由：(いつごろから、どのような状態になったかの経緯を簡潔に記入ください) ・生まれつき心臓が弱く、60歳代から高血圧の薬を服薬している。 ・2~3年前から膝に痛みが出て、動きが緩慢になってきた。 ・最近では認知症も現れてきているため、外出機会を設けるためにもデイサービスの利用を希望している。		
5. 被保険者の状況 <u>(※記入必須)</u>	世帯状況(単身世帯 <input checked="" type="radio"/> 高齢者世帯 <input checked="" type="radio"/> 同居者あり) ア.在宅 <input checked="" type="radio"/> イ.施設入所中(施設名： ウ.入院中(医療機関名： (病棟： 階 病棟)(退院予定日： 月 日頃・未定) エ.その他() →所在地の住所() <u>※上記アまたはエを選択時に</u> 主治医の最終診察日：令和 年 月 日 <u>おいて記入必須→</u> 次回の診察予定日：令和 3年 4月 10日		
6. 被保険者の状態 <u>(※記入必須)</u>	歩 行：ア.できる <input checked="" type="radio"/> イ.杖などの補助が必要 ウ.車いすを使用 エ.できない 食 事： <input checked="" type="radio"/> ア.準備されれば自分でできる イ.介助が必要 ウ.流動食・経管栄養 排 泄：ア.トイレで一人でできる <input checked="" type="radio"/> イ.ポータブルトイレ使用 ウ.おむつ等使用 エ.カテーテル 会 話：ア.普通にできる <input checked="" type="radio"/> イ.多少時間がかかる ウ.できない 難 聴： <input checked="" type="radio"/> ア.あり イ.なし 認知症： <input checked="" type="radio"/> ア.あり イ.なし ○「あり」を選択：主な症状・行動… ・認知症がひどく、話したことや聞いたことを忘れる ・耳が遠く、聞き取りが難しい ※介護保険証の提出…未 <input checked="" type="radio"/> 済		
7. 希望のサービス または現在利用中のサービス(複数選択可) <u>(※記入必須)</u>	ア.ヘルパー (曜日) イ.訪問入浴 (曜日) ウ.訪問看護 (曜日) エ.居宅療養管理指導 (月 回) <input checked="" type="radio"/> オ.デイサービス (曜日) カ.ショートステイ (月 日) キ.福祉用具の貸与 (品目) 購入 (品目) ク.住宅改修 (あり・なし) ケ.介護保険施設の入所 コ.その他()		
8. 認定前のサービス利用の希望	<input checked="" type="radio"/> ア.なし イ.状況に応じて ウ.あり()		
9. 希望または担当の居宅介護支援事業所(暫定も含む)	事業所 担当ケアマネジャー()		
10. 認定結果通知書被保険者証郵送先(現住所へ本人宛の場合は記入不要)	(住所) 〒 - (宛名)		

記入例