

介護保険要介護認定・要支援認定申請書(新規 更新 変更 転入)

白石市長 殿

次のとおり申請します。

	申請年月日	年 月 日
申請者氏名	介護認定を受ける方との続柄	
申請者住所 <small>※申請者が介護認定を受ける方の場合、住所電話番号は記載不要</small>	〒 -	電話番号
提出代行者	名称	(<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"/> 指定介護老人福祉施設・ <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設・ <input type="checkbox"/> 指定介護療養型医療施設) 印
	住所	〒 - 電話番号

介護認定を受ける方(被保険者)	個人番号												
	被保険者番号												
	医療保険者名	医療保険被保険者証 記号 番号											
	フリガナ												
	氏名						年 齢	満 歳					
	住所	〒989- 白石市					性 別	男 ・ 女					
	現在の要介護認定の結果等 <small>※更新・変更申請の場合のみ記入</small>	要介護状態区分	1 2 3 4 5					要支援状態区分	1 2				
	変更申請の理由 <small>※変更時のみ記入</small>	認定の有効期間											
	過去6月間の介護保険施設又は医療機関等への入院・入所有・無	介護保険施設の名称等・所在地					年 月 日 ~ 年 月 日						
		医療機関等の名称等・所在地					年 月 日 ~ 年 月 日						
主治医	主治医の氏名						医療機関名						
	所在地	〒 -					処理欄	意見書		前回主治医			

要介護認定等情報の提供等に関する同意事項

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、白石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、白石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。

※介護認定を受ける方の氏名を代筆した場合に記入してください。

介護認定を受ける方の氏名 _____	代筆者 氏名 _____	介護認定を受ける方との続柄 _____
代筆理由 _____		

特定疾病名	
<small>※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</small>	

市処理欄	月 日 ()	午前・午後	時 分	から	
保険証	<input type="checkbox"/> 回収済	<input type="checkbox"/> 調査時回収	<input type="checkbox"/> 再交付申請済	<input type="checkbox"/> 新規2号	
資格者証	<input type="checkbox"/> 交付済	<input type="checkbox"/> 調査時渡し	<input type="checkbox"/> 郵送	納付状況	<input type="checkbox"/> 確認済

収 受	
-----	--

介護保険要介護認定・要支援認定申請に係る身体等の状況調査票

①後日、調査のために訪問しますが、調査の日程を決めるための連絡先についてお書き下さい。 ※（月～金曜日の8：30から17：15までの連絡先）					
連 絡 先	フリガナ 連絡者氏名		続柄	連絡希望時間	
	電話番号（自宅）		携帯電話		
	上記以外の連絡先				
家族の調査立会い 無 ・ 有 ⇒ ※ 有の場合の立会い者 （ ）					
調査時の希望等					
②訪問調査の希望曜日、時間帯について○をつけて下さい。					
1. 希望する曜日 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 指定なし 2. 希望する時間帯 午前 ・ 午後 ・ 指定なし （希望日時 ） ※調査は月～金曜日、午前は9：30から、午後は13：30からでお願いしています。 それ以外の時間帯を希望する場合はご相談下さい。 3. 被保険者（本人）の住所以外で調査を希望する場合は、その調査先をご記入ください。 例 次男宅 娘宅 ○○施設 ◎◎ホーム △△病院◇◇号室 など （調査先 ）					
③身体の状態について、該当する項目に○をつけてください。			④精神の状態について、該当する項目に○をつけてください。		
1. ねたきりの生活で、ひとりではなにもできない。 2. ほとんどねたきりであるが、自分で寝返りをすることはできる。 3. ほとんどねたきりであるが、誰かの手を借りればお座り位できる。 4. 家の中だけの生活で、ひとりでは外にでられない。 5. 隣近所へならひとりで外出できる。 （杖、シルバーカーを使用してもよい。） 6. 交通機関等を利用してひとりで外出できる。 （杖、シルバーカーを使用してもよい。） 7. その他（ ）			1. 常に目を離すことができず、介護が必要な状態なので、重度の認知症だと思う。 2. 生活に支障を来すような症状や行動があり、意志の疎通が困難である。 3. 生活にも影響はでているが、誰かが注意していれば自立できる。 4. 生活に影響はでていないが、なんとなくおかしいと思う。 5. 普通であると思う 6. その他（ ）		
⑤いままでにかかった病気、または現在治療中の病気があれば、該当する項目に○をつけてください。					
1. 脳血管疾患（脳出血・脳梗塞など） 2. 心臓病 3. 高血圧 4. 骨折 5. 糖尿病 6. 認知症 7. パーキンソン病 8. 透析 9. 骨そしょう症 10. その他（ ）					
⑥現在利用しているサービスがあればお書きください。					
1. ホームヘルプサービス 2. デイサービス（利用曜日 ）・デイケア（利用曜日 ） 3. 訪問入浴介護 4. ショートステイ 5. 訪問看護 6. 福祉用具給付・貸与 7. その他					
⑦同居のご家族についてお書きください。（介護者の方に○をつけてください。）					
主な介護者	氏 名	続 柄	主な介護者	氏 名	続 柄