

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

木曾広域連合長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被 保 者	介護保険被保険者番号										個人番号									
	医療保険 保険者名					保険者番号														
	被保険者記号・番号					記号					番号					枝番				
	フリガナ										生年月日					年 月 日				
	氏名										性別					男 ・ 女				
	住所										〒 電話番号									
	過去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					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					年 月 日 から					年 月 日				
	※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) はい ・ いいえ 「はい」の場合、申請日 年 月 日														
過去6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					年 月 日～ 年 月 日					
					介護保険施設等の名称等・所在地					期間					年 月 日～ 年 月 日					
					医療機関等の名称等・所在地					期間					年 月 日～ 年 月 日					
					有 ・ 無					医療機関等の名称等・所在地					期間					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	主治医の氏名						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、木曾広域連合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、木曾広域連合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
代筆者氏名

認定調査についての確認事項

被保険者氏名

申請書（表面）とは別に、訪問調査を行うために事前に必要事項をお尋ねするものです。

1. 訪問調査実施場所 <input type="checkbox"/> 自宅（住民票上の住所） <input type="checkbox"/> 入院中の病院または入所中の施設 施設名・病院名： _____ 病室： _____ 館 _____ 階 _____ 号室（入院中の場合） <input type="checkbox"/> その他（家族宅等）												
2. 申請をする理由（当てはまるものすべてに✓をつけてください。） <input type="checkbox"/> 病気やケガで心身の状態が悪化した。（傷病名： _____） <input type="checkbox"/> 加齢により介助が必要になってきた。 <input type="checkbox"/> 医師、病院から勧められた。 <input type="checkbox"/> 更新のため、引き続き介護サービスを利用する。 <input type="checkbox"/> 交通事故、他者からの暴力による病気やケガ。 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）												
3. 利用したい（利用している）介護サービス （新規以外の方は現在利用しているサービスに✓をつけてください。） <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> 福祉用具のレンタル・購入 <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）												
4. 訪問調査日の調整をする方の連絡先												
フリガナ 調整人氏名					申請者 との関係			<input type="checkbox"/> 家族（続柄 _____） <input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャー <input type="checkbox"/> 施設職員 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）			
連絡先			- -			連絡が取りやすい時間帯			時 ～ 時			
調査希望日 (9時～16時)		<input type="checkbox"/> 月曜日		<input type="checkbox"/> 火曜日		<input type="checkbox"/> 水曜日		<input type="checkbox"/> 木曜日		<input type="checkbox"/> 金曜日		<input type="checkbox"/> いつでも可
		午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後	
5. 調査員が利用できる駐車場の有無 <small>※有の場合、路上駐車は不可</small> <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				※「なし」の場合に記入してください。 調査場所から徒歩圏内に民間等有料駐車場の有無： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし								
6. 認定調査への立会いについて <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない（できない場合は、ご家族等の承諾があったものとみなし申請者からのみ聞き取ります。） ※「できる」場合に記入してください。 <input type="checkbox"/> 調整人と同じ <input type="checkbox"/> 調整人以外（下記に立会人を記入してください。）												
フリガナ 立会人氏名 (調整人以外)					申請者 との関係			<input type="checkbox"/> 家族（続柄 _____） <input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャー <input type="checkbox"/> 施設職員 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）			
連絡先			- -			連絡が取りやすい時間帯			時 ～ 時			
7. その他調査時に留意すべき事項 ・聞こえの悪さ： <input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> 大きな声で ・ <input type="checkbox"/> 筆談 ） ・認知症状 : <input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり ・世帯状況 : <input type="checkbox"/> 独居 ・ <input type="checkbox"/> 高齢者（夫婦）世帯 ・ <input type="checkbox"/> 子等その他家族と同居 ・既往歴 : <input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり（病名： _____） ・がん末期 : <input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり（本人告知： <input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり） ・ペットの飼育： <input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり（種類： _____） ・その他（ _____ ）												
8. 主治医への最終診察日及び次回通院予定日 ・最終診察日 年 月 日 ・ 次回通院予定日 年 月 日												
9. 介護保険関係書類送付先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他（その他の場合、下記に送付先をご記入ください。）												
住所		〒 _____										
宛名		(申請者との関係： _____)										