

国東市介護保険 要介護 要支援 (□更新・□区分変更)認定申請書

(新規の場合、□に✓印を付す必要はありません)

国東市長様

次のとおり申請します。

被 保 険 者	被保険者番号											個人番号										
	フリガナ											申請年月日	年 月 日									
	氏名											生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日									
	住所	〒										年齢・性別	満 歳					男・女				
	認定結果通知書等送付先	□上記住所と同じ ※上記と別の住所に送付する場合は必ず記入してください										〒										
	住所	〒										電話 - -										
	認定結果通知書等送付先	〒										電話 - -										
	前回の要介護認定の結果等	要介護状態区分 1 2 3 4 5										要支援状態区分 1 2 事業対象者										
転入したもののみ記入	転出元自治体(市町村名)〔 〕										有効期間 年 月 日 から 年 月 日											
申請の理由	現在										過去											
過去6月間の介護保険施設医療機関等の入院・入所の状況	□医療機関 □介護施設										名称及び所在地											
	年 月 日										年 月 日											
	~										年 月 日											

窓 口 に 来 た 人	代理人	氏名											電話番号	- -									
		住所	〒										本人との関係										
	提出代行	事業所名	(地域包括支援センター 指定介護老人福祉施設 居宅介護支援事業者 指定介護療養型医療施設 介護老人保健施設 地域密着型介護老人福祉施設 介護医療院)※該当に○																				
		事業所住所											電話番号	- -									

主 治 医	主治医の氏名											医療機関名										
	所在地	〒										電話 - -										
次回受診予定日		年 月 日																				

※ 満65歳未満の方は、下の欄に記入してください。 医療保険被保険者証の写を添付してください。

医療保険者名											被保険者証記号番号	-									
特定疾病名																					

同 意 書

申請にあたり、以下の事項に同意します。

- ・介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成するため必要があるときは、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、及び主治医意見書を、国東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(する)医師または認定調査に従事した(する)調査員に提示すること。
- ・自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めること。

被保険者氏名 _____ 代理者氏名 _____ (被保険者との関係 _____)

保 険 者 確 認 欄	□1号	申請区分					調査区分					請求区分					年 月 日受付
	□2号	□新規	□更新	□変更	□転入	□直営	□委託	□新規	□継続	受付職員氏名 _____							

(裏面)

介護認定申請事前調査票

認定調査を正確にするために必要な事項ですので、申請区分(新規・更新・変更)に関係なく記入をお願いします。

フリガナ 記入者		被保険者 との関係	①	②
	<input type="checkbox"/> 被保険者本人 <input type="checkbox"/> 提出者		<input type="checkbox"/> 被保険者本人 <input type="checkbox"/> 家族・親族 (続柄:)	<input type="checkbox"/> ケアマネージャー <input type="checkbox"/> 事業所・その他

※ 被保険者との関係が②の場合、以下を記入してください。表面の提出代行者と同じ場合は、記入不要です。

事業所等 の名称等		Tel ()	市 町 村 —
--------------	--	---------	------------

ア. 希望する(現在受けている)介護サービス等の回数などを記入してください。

	通所介護 (デイサービス) 又は 通所型サービス	通所リハ (デイケア)	訪問介護 (ホームヘルプ) 又は 訪問型サービス	訪問看護 訪問リハビリ	福祉用具	ショート ステイ	施設 入所	その他	住宅改修
現在	回/週	回/週	回/週	回/週	(品目)	日/月			有・無
希望	回/週	回/週	回/週	回/週	(品目)	日/月			有・無

イ. 認定調査の希望場所を記入してください。

<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外 ()
※自宅以外の場合は、詳しく記入してください。(医療機関の場合は、病棟名・病室番号まで)

ウ. 現在入院中の場合は、以下を記入してください。(該当するところに☑印をしてください)

現在の状況	<input type="checkbox"/> 一般病棟に入院中 <input type="checkbox"/> 集中治療室などの特別な病棟に入院中 <input type="checkbox"/> 療養病棟に入院中 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設に入院中
退院の予定	<input type="checkbox"/> 一ヶ月以内 (月 日頃) <input type="checkbox"/> 一ヶ月以降 (月上・中・下旬) <input type="checkbox"/> 未定
転院(棟)の予定	<input type="checkbox"/> 一ヶ月以内 (月 日頃) <input type="checkbox"/> 一ヶ月以降 (月上・中・下旬) <input type="checkbox"/> 未定
退院後の予定	<input type="checkbox"/> 在宅での生活 <input type="checkbox"/> 介護施設等へ入所

エ. 調査訪問時に認定申請者が十分に自分の状態を調査員に説明できますか。

<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	できない 理由	<input type="checkbox"/> うまく話せない <input type="checkbox"/> 視力・聴力に問題がある <input type="checkbox"/> 認知能力に問題がある <input type="checkbox"/> その他 ()
--	------------	---

オ. 認定調査の日程調整は、どなたとすればよろしいですか。

<input type="checkbox"/> 被保険者本人 <input type="checkbox"/> 提出者 …㉠ <input type="checkbox"/> 提出者以外…㉡ 連絡可能時間 () (氏名: 続柄:) …㉡
日中連絡先 (Tel) 携帯電話 ()

カ. 認定調査に際し、どなたか同席を希望される方がいますか。

<input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> ㉠と同じ者が希望する <input type="checkbox"/> ㉡と同じ者が希望する <input type="checkbox"/> ㉠・㉡以外の者 (氏名: 続柄: Tel)

キ. 訪問調査の希望日時を記入してください。(調査には1時間30分程度を要します。)

曜日	<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"/> いつでもよい
時間帯	<input type="checkbox"/> 午前 (9:00~11:30) <input type="checkbox"/> 午後 (13:00~16:30) <input type="checkbox"/> 何時でもよい

ク. 申請に至った経緯と認定調査に関して伝えておきたいことがあれば、記入をしてください。

※ 更新申請で前回の認定時と状態に変化がない場合を除き、必ず記入してください。

--