

介護保険（要介護・要支援）認定申請書

- 新規 更新 要介護・要支援状態区分変更
 新規（要支援者の要介護への区分変更） 転入

佐賀中部広域連

該当する区分にチェックしてください。

次のとおり申請します。

連 合 処 理 欄	受付 ()・入力 ()	
	添付 <input type="checkbox"/> 地図 <input type="checkbox"/> 写真 <input type="checkbox"/> 詳細 <input type="checkbox"/> 処理済	
	<input checked="" type="checkbox"/> 連合	連合処理欄です、記入しないでください。
	<input type="checkbox"/> 委託 (何日・後日) <input type="checkbox"/> 郵送希望 (担当へ)	
	<input type="checkbox"/> 調査書受取済	→処理済 (/)

被 保 険 者	申請日	令和元年10月1日										※太枠内の必要事項をご記入ください。(裏面有)												
	被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
	フリガナ	コウイキ タロウ										生年月日	明・大・昭 20年2月2日											
	氏名	広域 太郎										性別	男 ・ 女											
	住所	〒840-0826 佐賀市白山2丁目1番12号 佐賀商ビル501										変更申請のときは詳しい理由を記入してください。												
	前回認定結果	要介護状態区分 1 2 3 4 5										要支援状態区分 1 <input checked="" type="checkbox"/>												
	有効期間	平成30年12月1日から										令和元年11月30日												
転入者	転出元自治体名 ()・転出元で要介護認定申請中 (申請日: 年 月 日)																							
変更申請理由	<input checked="" type="checkbox"/> 悪化・ <input type="checkbox"/> 改善 (内容: 自宅で転倒し入院中。入院後より認知面の低下が進んでいる。)																							

提 出 者	<input type="checkbox"/> 本人	申請代行事業者の場合は該当箇所に○をつけてください。また、事業者印の押印も必要です。																				
	<input checked="" type="checkbox"/> 申請代行事業者	申請代行事業者以外の事業者 (グループホーム・居宅介護支援事業所・介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設・介護施設)																				
	名称	連合居宅介護支援事業所										担当者	居宅 花子									
	所在地	〒840-0000 〇〇市〇〇町〇〇1234番5										事業者番号	4 1 0 0 0 0 0 0 0 0									
この申請に対する、要介護認定・要支援認定等結果通知書及び介護保険被保険者証の送付先を、上記申請代行業者に指定します。										本人氏名 (★1) 広域 太郎												
<input type="checkbox"/> 家 <input type="checkbox"/> その他										結果通知書等の送付先を申請代行業者にしたい場合は、ここに被保険者本人が署名(手書き)してください。代筆した場合、下記代筆者欄に署名してください。												

主 治 医	医療機関名	連合総合病院										医師名	介護 福子									
	所在地	佐賀市〇〇四丁目3番2号										TEL 0952 (〇〇) 〇〇〇〇										
	意見書の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 令和元年10月2日 (家族) が医療機関に意見書を提出 (済・予定)										<input type="checkbox"/> 申請書と同時に連合へ提出 <input type="checkbox"/> 当連合からの送付を希望										

●2号被保険者	医療保険者名	主治医意見書の依頼状況について、記入してください									
	特定疾病名	<input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> 関節リウマチ <input type="checkbox"/> 筋萎縮性側索硬化症 <input type="checkbox"/> 後縦靭帯骨化症 <input type="checkbox"/> 骨折を伴う骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 初老期における認知症 <input type="checkbox"/> 脊髄小脳変性症 <input type="checkbox"/> 脊柱管狭窄症 <input type="checkbox"/> 早老症 <input type="checkbox"/> 多系統萎縮症 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 閉塞性動脈 <input type="checkbox"/> 糖尿病性神経障害 <input type="checkbox"/> 両側の膝関節炎									

・介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運用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、及び主治医意見書を佐賀中部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。

・指定居宅サービスは、主治医、本人署名を代筆した場合、代筆者氏名欄も記入してください。

・(更新申請の場合のみ) 申請から30日以内に認定がされない場合、現在の認定の有効期間内であれば、認定延期通知の省略に同意します。

本人氏名 (★2)	広域 太郎									
代筆者氏名 (関係: 次男)	広域 次郎									

※本人氏名 (★1・2) を代筆した場合のみ記入

◎ 調査連絡の際に必要です。できる限り詳細にご記入をお願いします。
訪問場所が病院・施設以外の場合は近隣地図を添付してください。

世帯状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 夫婦世帯 <input checked="" type="checkbox"/> 家族と同居(<input type="checkbox"/> 配偶者・ <input type="checkbox"/> 子・ <input type="checkbox"/> 孫・ <input type="checkbox"/> その他:子の妻) <input type="checkbox"/> その他()			
立会	<input checked="" type="checkbox"/> 家族立会可(<input type="checkbox"/> 同居・別居)		<input type="checkbox"/> 家族立会不可(立会人:あり・なし)	
家族連絡先	フリガナ氏名	こういき じろう 広域 次郎 (続柄: 次男)	※立会人連絡先(立会人が左記と異なる場合)	
	フリガナ氏名	(続柄:)	フリガナ氏名	(続柄:)
家族連絡先	TEL	※9時~17時の時間帯に連絡がとれる電話番号をご記入ください。 ① 090-0000-0000 (連絡可能時間 いつでも)	TEL	① (連絡可能時間)
	TEL	② 0952-00-0000 (連絡可能時間 午前中)	TEL	② (連絡可能時間)
現在いる場所	<input type="checkbox"/> 自宅		<input checked="" type="checkbox"/> 平日、日中の連絡先を記入してください	
	<input checked="" type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他	名称: 連合総合病院 (2階 202号室) 所在地: 佐賀市〇〇四丁目3番2号 (TEL 〇〇-〇〇〇〇) 入院・入所日: 令和元年9月5日 退院・退所予定: <input checked="" type="checkbox"/> あり (10月5日) ・なし	調査場所	<input checked="" type="checkbox"/> その他 名称: 自宅 所在地: 佐賀市白山2丁目1番12号 (TEL 0952-00-0000) 駐車場所: <input checked="" type="checkbox"/> あり () ・なし
過去1カ月以内の退院・退所		介護を必要とする理由、直接の原因となっている傷病名など、ご本人様の現在の状況をできるだけ詳しく記入してください。 <input type="checkbox"/> なし		
今後1カ月間の都合の悪い日(本人・立会者)		あり() ・ <input type="checkbox"/> なし		
本人の状況	申請経緯(介護を必要とされる理由、傷病名、介護者の有無等を記入してください。) 令和元年9月5日、自宅で転倒し左大腿骨骨折にて手術を行い入院。リハビリでは歩行器歩行。ふらつきあり、病棟内は車イスを自走している。排泄はオムツ着用し、ベッド横のポータブルトイレで行い、時折失禁も見られている。 身体面、徐々に回復してきてはいるが、入院後より認知面の低下が進み、同じ話の繰り返しや夜間大声で叫んだり、介助途中で手を振り払ったり等見られている。			
	<input checked="" type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> 視力障害 <input checked="" type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> その他()	※面接時に本人の前で配慮すべきこと/気になること(例:物忘れ、病気、排泄等) 聞き取りづらいと立腹するため、大きな声で話してください。		
サービス利用状況	種類	曜日	事業所名	TEL
	デイサービス	月 <input checked="" type="checkbox"/> 水 木 金 土 日	デイサービスレンゴー	〇〇-〇〇〇〇
		月 火 水 木 金 土 日		
		月 火 水 木 金 土 日		
<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	福祉用具貸与 福祉用具購入 住宅改修	<input checked="" type="checkbox"/> 伝えておきたいことや特記事項などあれば、記入してください あり (平成31年1月 風呂場に手すり設置) ・なし <small>※過去半年間の状況</small>		
希望するサービス	デイケア			
備考	デイサービスは、入院前に週1回利用していた。			

受付欄	<input type="checkbox"/> 佐賀中部広域連合 認定審査課 <input type="checkbox"/> 市・町 課	氏名	
-----	---	----	--