

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

佐賀中部広域連合長 様
次のとおり申請します。

該当する区分にチェックしてください。

連合 処理 欄	受付 ()・入力 ()
	添付 <input type="checkbox"/> 地図 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 詳細 <input type="checkbox"/> 処理済
	調査 <input type="checkbox"/> 意見書 <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 調査書受取済 → 処理済 (/)

被 保 険 者	申請日	令和 4 年 4 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
	医療保険	医療保険者名										記号番号												
	フリガナ	コウイキ タロウ										昭和 20 年 2 月 2 日												
	氏名	広域 太郎										(〇〇 才) ※40~64歳(2号)の方は●欄記入 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										TEL 〇〇〇〇 (ΔΔ) 〇〇〇〇												
	要介護状態区分	1	2	3	4	5	要支援状態区分	1	2	変更申請の場合は詳しい理由を記入してください。 月 1 日から 令和 4 年 4 月 31 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 <input checked="" type="checkbox"/> 申請代行業者 (申請代行業者以外の事業者(グループホーム)は、申請代行事業者の欄に事業者名を記載。)																											
	申請代行業者の場合は該当箇所につけてください。																											
	該当に○ (地域包括支援センター、 居宅介護支援事業者 、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・介護医療院)																											
	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	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"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 氏名 (被保) 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してください。代筆した場合は、下記の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										主治医意見書の依頼状況について記入してください。											
	意見書の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 令和 4 年 3 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	※第2号被保険者(40歳から64歳)の方は、医療保険証の写しを添付してください。																						
	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"/> 多系統萎縮症 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 皮質基底核変性症及びパーキンソン病 2号被保険者の場合は、医療機関に確認の上、必要事項を記入してください。また、医療保険の被保険者証の写しを添付してください。																					

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者等に提出し、同意を求めます。																						
本人署名を代筆した場合は代筆者氏名欄も記入してください。																						
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 (配偶者・子・孫・その他:子の妻) <input type="checkbox"/> その他()			
立会	<input type="checkbox"/> 家族立会可 (同居・別居) <input type="checkbox"/> 家族立会不可 (家族以外の立会人)			
家族連絡先	フリガナ氏名	コウイキ ジロウ 広域 次郎	※ 立会人連絡先 (立会人が左記と異なる場合)	
		(続柄: 次男)	フリガナ氏名	(続柄:)
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。		TEL	① (連絡可能時間)
	① 090-0000-0000 (連絡可能時間 いつでも)		TEL	② (連絡可能時間)
現在いる場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <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 〇〇-0000) 入院・入所日: 令和4年3月10日 退院・退所予定: あり (4月15日) ・なし		調査場所	<input type="checkbox"/> 左記と同じ <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: あり () ・なし
	過去1カ月以内の退院・退所			あり () ・ なし
今後1カ月間の都合の悪い日 (本人・立会者)		あり () ・ 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		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。	
※ 面接時に本人の前で配慮すべきこと / 気をつけること (介護者の負担軽減、配慮等) 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"/> 火 水 木 金 土 日	デイサービスレンゴ	〇〇-0000
<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	福祉用具貸与	月 火 水 木 金 土 日		
	福祉用具購入	月 火 水 木 金 土 日		
※介護保険による給付のみを記入。	住宅改修	あり (令和2年1月 風呂場に手すり設置)		※ 過去半年間の状況
利用中の自費サービス	種類		回数	
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	

平日、日中の連絡先を記入してください。

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。

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。