

◆この申請書を提出する際は、介護保険被保険者証の原本を添付してください◆

介護保険 要介護・要支援【新規・要支援新規・更新・区分変更・転入】認定申請書

習志野市長 宛て

※上記【 】内の該当するものに○をつけてください。

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

申請者 (窓口に来た人)	氏名	※被保険者本人が申請する場合は、氏名のみ記入してください。 習志野 花子		本人との関係	子	受付印	
	住所	※本人又は本人と同居の場合は、記入不要です。 習志野市津田沼〇-〇-〇 電話番号 047(453)〇〇〇〇					
《提出代行者》 所在地 名称 電話番号 代表者名	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 電話番号 ()					※個人番号(マイナンバー)が分からない場合等は、未記入でも申請を受理します。 ・介護保険被保険者証を見て記入しましょう。 ・公的医療保険の被保険者証(健康保険被保険者証等)を見て記入しましょう。	
被保険者番号	8 8 8 8 8 8 8 8 8 8	個人番号	8 8 8 8 8 8 8 8 8 8				
フリガナ	ナラシ タロウ		生年月日	大正 10 年 4 月 1 日 86 歳	性別		<input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女 ・ その他
氏名	習志野 太郎						
住所	習志野市鷺沼〇-〇-〇		鷺沼マンション△△△ (マンション・アパート名もお書きください。) 電話番号 047 (451) 〇〇〇〇				
本人の居所	1. 住所と同じ 2. 入院中 3. 施設に入所中 <input checked="" type="radio"/> 4. その他(家族宅等)						
現在の要介護等 状態区分等	要介護状態区分	要支援	1	2	要介護 <input checked="" type="radio"/> 1 2 3 4 5		
医療保険者名	保険者名	被保険者記号番号		保険者番号			
変更申請理由	1. 前回の認定時と比べて、状態が(良く・悪く)なっているから 2. その他 ⇒具体的な内容()						
他自治体から 転入した人のみ記入	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。はい(申請日 年 月 日)・いいえ						
特定疾病名(40歳~64歳の人のみ)							

妄想、興奮などにより意思疎通ができない

4. 調査の場所	1 住所と同じ	病院・施設・その他の場合は場所等を記入してください。 習志野市津田沼	家族構成	一人暮らし・夫婦のみ
	2 病院・施設	病院・施設名 〇-〇-〇習志野花子宅 住所・所在地 〇-〇-〇習志野花子宅 電話番号 047(453)〇〇〇〇		<input checked="" type="radio"/> 家族等と同居() 屋間一人・その他()
調査への同席希望	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無	日中連絡がとれる 家族等の氏名 (続柄)、電話番号	氏名 習志野 花子 (子)	電話 888(888)8888
家族(氏名 習志野 花子 続柄 子)・ケアマネジャー 施設職員・他()			氏名 ()	電話

該当に○をつけ、施設名、所在地等を記入しましょう。

【同意の確認欄に署名又は代筆者名、本人との代筆者の続柄を記入してください。】

同意の確認			
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、主治医意見書及び被保険者証等の内容を習志野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者、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。			
本人氏名	習志野 太郎	代筆者氏名	習志野 花子
			続柄 (子)

本人氏名、代筆者氏名、代筆者の続柄を記入しましょう。

◆裏面も必ずご記入ください。

【市役所欄】	○申請理由 更新のため・病院からの勧め・サービス利用のため・転入・交通事故・その他() ・経過						
<確認チェック欄>							
・調査日程等調整に関する連絡先【本人・家族・CM・病院・施設・他()】							
相談		包括の案内		負担限度額認定の説明			
有(認・賦・給・他)・無		済・未		済・未			
事務処理欄	保険証回収	再交付申請	2号新規	医療保険証コピー	主治医意見書	資格者証	申請と同時に送付先の申出
	有・無	有・無	有・無	済・未	郵送・手渡	郵送・手渡	有・無
	認定調査日時	入力	調査員	病院・施設への連絡	未納・滞納	給付制限	受付担当
	月 日	:		済・未	有・無	有・無	

【「主治医意見書」を記入してもらった医療機関及び医師名等を下欄に記入してください。】

被保険者(氏名)	習志野 太郎		認定申請の理由	新規申請・区分変更申請	更新申請
医療機関名	津田沼第三病院		(内 科)	医師名	鷺沼 次郎
所在地	習志野市谷津〇-〇-〇		電話番号	047(451)〇〇〇〇	
受診状況	定期受診(有)無・()から入院中(退院・転院予定 無・有→予定日)				
最新受診日	令和 3 年 5 月 1 日	次回受診予定日	令和 3 年 5 月 10 日		

【主治医意見書作成や訪問調査の際の参考】

記入日	令和 3 年 5 月 1 日
記載者名	習志野 花子 (続柄) 子

受診がないと「主治医意見書」を記入していただけない場合があります。医療機関に記入していただけるか事前に確認しましょう。

1. 現在治療中の病名とその医療機関(歯科を含む)をすべてお書きください。

例) 糖尿病	例) ●△医院
緑内障	習志野病院 眼科

2. これまでに大きな病気、手術、骨折などのケガはありましたか。またそれはいつ頃のことでしたか。

例) 右大腿骨骨折	例) H26年1月頃
右大腿骨骨折	R2年1月頃

3. 最近1か月の物忘れ等の様子について、あてはまるものがあれば○を付けてください。(複数回答可)

<input type="checkbox"/> 物忘れ、問題となる行動はない
<input type="checkbox"/> 多少の物忘れはあるが、日常生活に支障がない
<input type="checkbox"/> 外出先での買い物や金銭管理が不安
<input type="checkbox"/> 一人での薬の管理、留守番が不安
<input type="checkbox"/> 食事、排泄が困難で、日中、介護が必要
<input type="checkbox"/> " 夜間も介護が必要
<input type="checkbox"/> " 昼夜問わず目が離せない
<input type="checkbox"/> 妄想、興奮などにより意思疎通ができない

4. 以下の1から14について、あてはまるものがあれば数字に○を付けてください。(複数回答可)

1 (昨日、今日、直前) のことを忘れている
2 自分の意思で物事を決められなくなった
3 要求や気持ちを上手に伝えられない
4 実際に見えない物が見えたり聞こえたりすることがある
5 現実と異なる妄想を言葉にすることがある
6 昼夜逆転している
7 暴言を吐く
8 暴力的になった
9 介護に抵抗する
10 徘徊することがある
11 たばこ、コンロなど火の不始末がある
12 便、おむつを触るなど不潔行為がある
13 本来食べられないものを食べようとする
14 性的に異常な行動がある

利き手はどちらですか (右・左)	右
身長 160 cm 体重 60 kg	
この半年で体重は ほぼ不変 ()kg増・減	
手脚に麻痺がある(右手・右脚・左手・左脚)	
関節が痛くて日常生活に支障をきたしている (関節の部位)	
床ずれがある(部位)	
<input type="checkbox"/> 屋外歩行には介助を必要とする	
<input type="checkbox"/> 自力の移動には杖や装具、歩行器が必要	
<input type="checkbox"/> 車いすを使っている (自力操作できる・できない)	
<input type="checkbox"/> 自分で食事を口に運べない	
<input type="checkbox"/> 飲み込む際、むせ込みが多い	
<input type="checkbox"/> 栄養状態がよくない	
<input type="checkbox"/> トイレにはいくが、介助を必要とする	
<input type="checkbox"/> 尿、便の失禁があり、おむつを使用している	
<input type="checkbox"/> 入浴に介助を必要としている	

6. 必要と思うサービスに○を付けてください。(複数回答可)

<input type="checkbox"/> 医師の往診(歯科含む)や看護師の訪問	<input type="checkbox"/> 施設への入所
<input type="checkbox"/> 訪問または通所でのリハビリテーション	<input type="checkbox"/> 住宅改修
<input type="checkbox"/> デイサービス	<input type="checkbox"/> その他()
<input type="checkbox"/> ヘルパー	
<input type="checkbox"/> 福祉用具購入、レンタル	

7. 介護に影響すると思われる日常の様子、活動の変化や、医療面、介護面でお困りのことがあればできるだけ詳しくお書きください。

例) ○月○日 転倒、入院を契機として日中の活動が落ちた、外出が減った、家庭内外の役割ができなく(しなく)なった、入浴サービスを受けたい、介護用品のレンタルがしたい等

退院後、外出が減った。

8. 本人と生活を共にするひとについておしえてください。

<input type="checkbox"/> 1人暮らし	<input type="checkbox"/> 夫婦のみ
<input type="checkbox"/> 家族等と同居	<input type="checkbox"/> 家族と同居、ただし昼間は一人
<input type="checkbox"/> その他()	

9. ご家族又はケアマネジャーの連絡先を記入してください。

氏名 習志野 花子 (続柄)子	電話888(8888)8888
氏名 津田沼太郎(続柄)ケアマネジャー	電話888(8888)8888