

◆ 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			本人との関係			受付印
	住所						
《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 ()					
被 保 険 者	被保険者番号			個人番号			
	フリガナ			生年月日	大正	年	月
	氏名			昭和	年	月	日
				性別	男・女・その他		
	住所						
			電話番号 ()				
	本人の居所	1. 住所と同じ 2. 入院中 3. 施設に入所中 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 1 2 3 4 5		
		認定の有効期間	令和 年 月 日		～ 令和 年 月 日まで		
	医療保険者名	保険者名			保険者番号		
被保険者記号番号							
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)							

【訪問調査(面接)の日程を決めるための連絡先等を下欄に記入してください。】

調査の場所	1 住所と同じ	病院・施設名	家族構成	一人暮らし・夫婦のみ
	2 病院・施設	住所・所在地		家族等と同居()
	3 その他	電話番号 ()		昼間一人・その他()
調査への同席希望	有・無	日中連絡がとれる 家族等の氏名 (続柄)、電話番号	氏名 ()	電話 ()
家族(氏名 続柄)・ケアマネジャー 施設職員・他()			氏名 ()	電話 ()

【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。			
本人氏名		代筆者 氏名	続柄 ()

◆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・病院からの勤め・サービス利用のため・転入・交通事故・その他() ・経過等							
・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」を記入してもらおう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)		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		(科)	医師名
所在地		電話番号	()
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 年 月 日	次回受診予定日	令和 年 月 日

【主治医意見書作成や訪問調査の際の参考にさせていただきますのでご記入をお願いいたします。】

記入日	令和 年 月 日
記載者名	(続柄)

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

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

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)

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

5. からだの状態について、あてはまるものがあれば○をつけて、数値を記入してください。(複数回答可)

利き手はどちらですか (右 ・ 左)
身長 cm 体重 kg
この半年で体重は ほぼ不変 ・ ()kg増 ・ 減
<input type="checkbox"/> 手脚に麻痺がある (右手 ・ 右脚 ・ 左手 ・ 左脚)
<input type="checkbox"/> 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)
<input type="checkbox"/> 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"/> 訪問または通所でのリハビリテーション
<input type="checkbox"/> デイサービス	<input type="checkbox"/> 施設への入所
<input type="checkbox"/> ヘルパー	<input type="checkbox"/> 住宅改修
<input type="checkbox"/> 福祉用具購入、レンタル	<input type="checkbox"/> その他()

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くわ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

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 (続柄)	電話
氏名 (続柄)	電話