

介護保険 要介護・要支援 認定申請書

新規 更新 区分変更
要支援者の要介護新規 転入

習志野市長 宛て

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 險 者	介護保険 被保険者番号		個人番号	
	フリガナ		生年月日	大正 年 月 日 歳
	氏名		性別	男・女・その他
	住所	習志野市		
		電話番号 ()		
	現在の 要介護認定等	要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5		
	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 ⇒具体的な理由 []		
他自治体から 転入した方 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・いいえ (既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください)			申請日 令和 年 月 日

申請 書 提 出 者	<input type="checkbox"/> 被保険者本人					
	ご家族等	氏名		本人との関係		電話 ()
		住所	<input type="checkbox"/> 本人と同じ <input type="checkbox"/> 本人と別住所			-
	地域包括支 援センター・ 事業所等	<input type="checkbox"/> 包括 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援 <input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 介護医療院				
		名称 所在地 電話番号				担当者氏名 本人との関係

【訪問調査欄】(面接の日程を決めるための連絡先等を記入してください。)

調査の場所	<input type="checkbox"/> 住所と同じ	病院・施設名	家族構成	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 夫婦のみ	
	<input type="checkbox"/> 病院・施設	住所・所在地		<input type="checkbox"/> 家族等と同居()	
	<input type="checkbox"/> その他	電話番号 ()		<input type="checkbox"/> 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 施設職員・他()	続柄)・ケアマネジャー ()		氏名 ()	電話 ()	

【同意欄】(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。)

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、被保険者証等の内容、習志野市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する(地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。)ことに同意します。

本人氏名		代筆者 氏名		続柄 ()
------	--	-----------	--	-----------

【第二号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入】

医療保険	保険者名		保険者番号	
	被保険者記号	番号	枝番	
特定疾病名				

【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()
・経過等

受印

・調査日程等調整に関する連絡先【本人・家族・CM・病院・施設・他()】

事務 処理 欄	保険証回収	2号新規	医保確認	資格者証	包括の案内	負担限の説明	相談	
	有・無	有・無	済・未	郵送・手渡	済・未	済・未	有(認・賦・給・他)・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	送付先同時申出
	月 日 :				済・未	有・無	有・無	受付担当[]

【主治医意見書予診票】 医療機関へ参考として情報提供させていただきます。

被保険者(氏名)	認定申請の理由		<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 区分変更
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

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)

物忘れ、問題となる行動はない
多少の物忘れはあるが、日常生活に支障がない
外出先での買い物や金銭管理が不安
一人での薬の管理、留守番が不安
食事、排泄が困難で、日中、介護が必要
〃　　夜間も介護が必要
〃　　昼夜問わず目が離せない
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

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 ほぼ不变 ・ ()kg増 ・ 減
手腳に麻痺がある(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)
屋外歩行には介助を必要とする
自力の移動には杖や装具、歩行器が必要
車いすを使っている (自力操作できる・できない)
自分で食事を口に運べない
飲み込む際、むせ込みが多い
栄養状態がよくな
トイレにはいくが、介助を必要とする
尿、便の失禁があり、おむつを使用している
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)

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

1人暮らし	夫婦のみ
家族等と同居	家族と同居、ただし昼間は一人
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 ()