様式第7号(第9条関係)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 介護保険 | 要介護認定・要支援認定要介護更新認定・要支援更新認定 | 申請書 |

熊本県菊池郡大津町長　様

　次のとおり申請します。　　　　　　　　　　　　　申請年月日　　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 医療保険 | 保険者名 |  | 保険者番号 |  |
| 被保険者証 |  | 番号 |  | 枝番 |  |
| フリガナ | 　 | 生年月日 | 明・大・昭　　年　　月　　日 |
| 氏名 | 　 |
| 性別 | 男　・　女 |
| 住所 | 〒　　　　―電話番号　　　　―　　　　　　 |
| 前回の要介護認定の結果等 | ※要介護・要支援更新認定の場合のみ記入 | 要介護状態区分　１　２　３　４　５　要支援状態区分　１　２ |
| ※14日以内に他自治体から転入した者のみ記入 | 有効期間　　　　年　　月　　日　から　　　　年　　月　　日 |
| 過去6月間の介護保険施設医療機関等入院、入所の有無 | 介護保険施設の名称等・所在地 | 期間　　年　月　日～　　年　月　日 |
| 介護保険施設の名称等・所在地 | 期間　　年　月　日～　　年　月　日 |
| 医療機関等の名称等・所在地 | 期間　　年　月　日～　　年　月　日 |
| 　有・無　 | 医療機関等の名称等・所在地 | 期間　　年　月　日～　　年　月　日 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者氏名 | 　 | 被保険者との関係 | 　 |
| 申請者住所 | 〒電話番号　　　　―　　　　　　 |
| 提出代行者名称 | 該当に○(地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設、介護医療院) |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 主治医 | 主治医の氏名 | 　 | 医療機関名 | 　 |
| 所在地 | 〒電話番号　　　　　　　　　　　 |

第２号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

|  |  |
| --- | --- |
| 特定疾病名 | 　 |

　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、及び主治医意見書を、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 |

**認定調査連絡票**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者氏名 | 　 | 年齢（申請日時点） | 歳　 |
| 調査場所 | □自宅（□一人暮らし　□【　　】人暮らし（構成員：　　　　　　　））□病院　【名称：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】□施設　【名称：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】□その他【　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】 |
| 住　　所：電話番号： |
| サービス利用している日（○をつけてください。（　）は備考） | 通所リハビリ（デイケア）　月・火・水・木・金・土・日　（　　　　　　　） |
| 通所介護（デイサービス）　月・火・水・木・金・土・日　（　　　　　　　） |
| 訪問看護　月・火・水・木・金・土・日　（　　　　　　　） |
| 訪問介護（ホームヘルパー）　月・火・水・木・金・土・日　（　　　　　　　） |
| 通院・その他　月・火・水・木・金・土・日　（　　　　　　　） |
| 調査時の立会い | 調査立会い　□有　□無・氏　　名【　　　　　　　　　　　　　　】・関　　係　□家　族（続柄：　　　　　）□施設職員　□看護師　　　　　　□ケアマネジャー　□その他（　　　　　　　　）・電話番号【　　　　　　　　　　　　　　】（連絡のとれる番号） |

**本人の状態**

|  |  |
| --- | --- |
| 主な症状・行動 | □骨折（部位：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□筋力低下　□認知機能低下　□閉じこもり　□脳血管疾患　□がん□その他の病気の発症・重症化（病名：　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 屋内の移動 | □問題なし　□杖・歩行器など　□車椅子（自操・介助）　□寝たきり |
| 認知症状 | □なし　□物忘れ　□徘徊　□被害妄想　□作話　□感情不安定　□昼夜逆転□同じ話の繰り返し　□自分勝手な行動　□その他（　　　　　　　　　　　） |
| 主治医への受診 | 申請日３ヶ月以内の受診（予定含む）　□有（令和　　年　　月）　□無 |
| 認定後希望するサービス | □通所介護　□訪問介護　□訪問看護　□通所リハビリ　□訪問リハビリ□福祉用具（用具名：　　　　　　　　）□住宅改修（場所：　　　　　　　　）□短期入所　□施設入所　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 申請理由（「新規申請」の場合は必ず記入） |
| 留意事項（調査にあたって特に言っておきたいこと、本人の前で言いにくいこと等）□視覚障がい　□聴覚障がい　□言語障がい　□病名の告知（有・無） |
| 認定結果の通知先 | □自宅□自宅以外（下記に通知先を記入）住所：〒氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　（関係：　　　　　　　） |