

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

那須烏山市長 宛て  
次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

|                                    |                  |                |  |                   |  |               |       |               |             |               |  |  |  |
|------------------------------------|------------------|----------------|--|-------------------|--|---------------|-------|---------------|-------------|---------------|--|--|--|
| 被<br>保<br>者                        | 介護保険<br>被保険者番号   | 0 0 0          | 個人番号   |                   |  |               |       |               |             |               |  |  |  |
|                                    | 医療<br>保険         | 保険者名           | 後期高齢・国民健康保険<br>その他 ( )   |                   |  | 保険者番号         |       |               |             |               |  |  |  |
|                                    |                  | 被保険者証          | 記号   |                   |  |               | 番号    |               |             | 枝番            |  |  |  |
|                                    | フリガナ             |                |  |                   |  | 生年月日          | 年 月 日 |               |             |               |  |  |  |
|                                    | 氏 名              |                |  |                   |  | 性 別           | 男 ・ 女 |               |             |               |  |  |  |
|                                    | 住 所              |                | 〒321-<br>那須烏山市   |                   |  | 電話番号          |       |               |             |               |  |  |  |
|                                    | 前回の要介護<br>認定の結果等 |                | *要介護・要<br>支援更新認<br>定の場<br>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 |               |  |  |  |
|                                    |                  |                |  | 有効期限 年 月 日 から     |  |               |       |               | 年 月 日       |               |  |  |  |
|                                    |                  |                | *14 日以内<br>に他自治体<br>から転入し<br>た者のみ記入                                | 転出元自治体 (市町村) 名    |  | 都道府県          |       | 市区町村          |             |               |  |  |  |
|                                    |                  |                | 現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。<br>(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) |                   |  |               |       |               |             | はい・いいえ        |  |  |  |
|                                    |                  | 「はい」の場合、申請日    |  |                   |  |               |       |               | 年 月 日       |               |  |  |  |
| 過去6月間の介護保険<br>施設・医療機関等<br>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 |  |  |  |

|                   |     |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------|-----|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 提出<br>代<br>行<br>者 | 名 称 | 該当に○ (地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設、介護医療院) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                   | 住 所 | 〒   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                   |     | 電話番号  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|       |        |   |  |  |  |       |  |  |  |  |
|-------|--------|---|--|--|--|-------|--|--|--|--|
| 主 治 医 | 主治医の氏名 |   |  |  |  | 医療機関名 |  |  |  |  |
|       | 所 在 地  | 〒 |  |  |  | 電話番号  |  |  |  |  |

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

|           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 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、那須烏山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

# 新規介護認定申請時の補助シート

✓認定調査の目安として使いますので太枠内を記入してください。続柄は、介護を受けたい人から見て記入してください。

|   |   |  |                  |
|---|---|--|------------------|
| 申請に来た人  | 氏名 ( ) 続柄 ( )   |  |                  |
| 申請理由  | 1. サービスをすぐに使いたいから   | 2. サービスを使う予定があるから                        |                  |
|   | 3. 病院・医師に勧められたから  | 4. その他 ( )                               |                  |
| 利用したいサービス<br>(複数回答可)                          | 1. デイサービス (入浴 あり・なし)  | 2. ホームヘルプ (身体・生活)                        |                  |
|   | 3. 通所リハビリ   | 4. ショートステイ                               |                  |
|   | 5. 施設入所 (特養・老健・介護医療院・ )   |  |                  |
|   | 6. 訪問看護・訪問リハビリ  |  |                  |
|   | 7. 福祉用具貸与・購入 (品目 )  |  |                  |
|   | 8. 住宅改修(改修後の申請は受付できません)   | 9. 未定・わからない                              |                  |
|   | 定期受診の有無   |  |                  |
|   | 1. あり ( 入院 ・ 通院 ) 2. なし ( → 介護申請 )<br>[入院時] 退院未定・退院 ( 月 日 ) ・転院 ( 月 日 病院) |  |                  |
| 要介護となった原因<br>(複数回答可)                          | 1. 老衰 2. 下肢の筋力低下 3. 閉じこもり 4. 認知症 5. 精神疾患                                  |  |                  |
|   | 6. 骨折 ( )   |  |                  |
|   | 7. 脊柱管狭窄症 ( ) 8. 外傷 ( )   |  |                  |
|   | 9. 脳血管疾患 ( ) 10. 心疾患 ( )  |  |                  |
|   | 11. 肺疾患 ( ) 12. 特定疾患 (パーキンソン・ )   |  |                  |
|   | 13. がん ( 治療中・末期 ) 本人告知 (あり・なし)  |  |                  |
|   | 14. 交通事故等第三者行為の被害によるもの  |  |                  |
|   | 15. その他( )  |  |                  |
|   | 身体・精神状況   | 1. 歩行 自立・ つえ ・ 歩行器 ・ 手引き ・ 車いす ・ 寝たきり    |                  |
|   |   | 2. 入浴 自立・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ 行っていない      |                  |
|   |   | 3. 排泄 自立・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助               |                  |
|   |   | 4. 更衣 自立・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助               |                  |
|   |   | 5. 食事 自立・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助               |                  |
|   |   | 6. 認知 なし・年相応・物忘れ・見当識・短期記憶なし・意思伝達困難・徘徊    |                  |
|   |   | 7. 精神 なし・被害的・感情不安定・妄想・幻聴幻視・話がまとまらない・昼夜逆転 |                  |
| 8. その他  |   |  |                  |
| 家庭の状況<br>本人から見て、夫、妻、長男、孫等と記入。主な協力者に○をつけてください。 | 1. 同居家族 (続柄: )  |  |                  |
|   | 2. 別居家族 敷地内・他 ( ) (続柄: )  |  |                  |
|   | 3. 独居 例) ②別居家族 (敷地内)・他 ( ) (続柄: 長男夫婦・孫)                                   |  |                  |
| 介護保険料の滞納                                      | 1. なし 2. あり 期間 ( )  |  |                  |
| 調査の場所<br>病院の場合、必ず病棟・部屋番号を記入してください。            | 1. 施設・病院 ( 病院 階 病棟 号室 )   |  |                  |
|   | 2. 自宅 例) ○○大学病院 7階 西病棟 702号室  |  |                  |
|   | 3. 住所地以外の居所 ( )   |  |                  |
| 家族等連絡先<br>(※2)                                | 1   | 1. 調査に立会うことができる (※1)                     | 2. 調査に立会うことができない |
|   |   | 氏名 ( ) 続柄 ( )                            |                  |
|   |   | TEL ( ) 携帯・自宅・勤務先 ( )                    |                  |
|   |   | 平日昼間に連絡が付きやすい曜日・時間帯 ( )                  |                  |
|   | 2   | 氏名 ( ) 続柄 ( )                            |                  |
|   |   | TEL ( ) 携帯・自宅・勤務先 ( )                    |                  |
|   |   | 平日昼間に連絡が付きやすい曜日・時間帯 ( )                  |                  |

(※1) 自宅での調査の場合、介護を受けたい人の生活の状態がわかる方の立会いが望ましいです。

(※1) 病院等での調査の場合、看護師等による対応が可能であるため、家族等の立会いは必須ではありません。立会いを希望しても、病院等の判断により希望に添えない場合があります。

(※2) 家族等連絡先は、立会いの有無に関わらず記入してください。状況等を電話で確認することがあります。

|       |  |   |   |    |       |       |
|-------|--|---|---|----|-------|-------|
| 事務処理欄 | <input type="checkbox"/> 自立 or 要支援の可能性 無 ・ 有 ( 介護申請 ・ 総合事業申請 ) |   |   |    |       |       |
|       | <input type="checkbox"/> 至急調査 不要 ・ 要 (理由 )                     |   |   |    |       |       |
|       | 調査   | 月 | 日 | 曜日 | AM/PM | : 調査員 |