

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

(申請先) 佐久市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被 保 者	介護保険 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 記号・番号	記号						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	有効期限 からの																			
			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。 (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									
	過去6月間の 介護保険施設、 医療機関等への 入院、入所の 有無	介護保険施設等の名称等・所在地					期間					～										
		医療機関等の名称等・所在地					期間					～										

提 出 代 行 者	名 称	該当に○ (地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養病棟)									
	住 所	〒 担当 : 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、主治医意見書、佐久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、佐久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 _____

保 険 者 処 理 欄	入 力	調査員		審査会依頼		審査会判定	
	意見書依頼	調査日		結 果 通 知	介護保険料滞納 有・無		
	意見書返送	一次入力			文書管理番号		

【裏面に続く】

※介護保険証提出 済 未

現在本人のいる場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 住所地以外の住居 施設名・病院名等 _____ 住所 _____
調査希望場所	<input type="checkbox"/> 「現在本人のいる場所」と同じ場所 <input type="checkbox"/> 別の場所 施設名・病院名等 _____ 住所 _____ 退院・退所予定 <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> あり(月 日頃) ショートステイ利用予定 <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> あり(予定日を記入してください)
調査日程連絡先 ※連絡を取りやすい 時間等(平日 9 時～ 17 時)	1 お名前 (関係) 電話番号： 2 お名前 (関係) 電話番号：
調査立合い者	<input type="checkbox"/> 家族(お名前 続柄) <input type="checkbox"/> 施設・病院職員 (お名前) <input type="checkbox"/> ケアマネ・包括職員(お名前) <input type="checkbox"/> その他(お名前 関係)
世帯状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居(夫婦のみ) <input type="checkbox"/> 同居(続柄・関係)
身体状況及び 調査時の留意点	・病状・介護が必要になった原因、日常生活で困っていることや、介助が必要な行為、 医療の状況など (※必ず記入してください) ・認知症のことは本人の前で詳しく話せない ・病気を本人には告知していない
サービスの利用 状況等 ※余白に、曜日、事 業所名、自費、医療 保険等を記入してく ださい ※入院中の方は入院 前の状況を記入して ください	<input type="checkbox"/> 訪問介護 (身体：週・月 回 生活：週・月 回) <input type="checkbox"/> 訪問入浴 (週・月 回) <input type="checkbox"/> 訪問看護 (看護：週・月 回 リハビリ：週・月 回) <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ (週・月 回) <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 (医師：週・月 回 薬剤師：週・月 回) <input type="checkbox"/> 通所介護 (週・月 回) <input type="checkbox"/> 通所リハビリ (週・月 回) <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 (週・月 日) <input type="checkbox"/> 小多機 (通い：週・月 日 訪問：週・月 日 泊り：週・月 日) <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護・療養介護 (週・月 日) <input type="checkbox"/> 定期巡回 (介護：週・月 回 看護：週・月 回) <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与(品目内容) <input type="checkbox"/> 6 か月以内の特定福祉用具販売(内容) <input type="checkbox"/> 住宅改修(内容)
<input type="checkbox"/> 通院(病院・医 院名、頻度)	_____