

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

介護予防・日常生活支援総合事業対象者認定

申請年月日

令和

年

月

日

次のとおり申請します。

被 保 険 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 （住民登録地）	〒 ー								電話番号 （ ）									
		上 記 以 外 の 現 在 本 人 の い る 場 所	〒 ー								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										
			有効期間 年 月 日 ～ 年 月 日																	
			※14日以内に他自治体から転入した者のみ記入		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。 （既に認定結果通知を受けている場合は「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 令和 年 月 日															
	過去6ヶ月間の 介護保険施設・ 医療機関等入院・入所の有無	有	介護保険施設・医療機関の名称								期間	年 月 日 ～ 年 月 日								
		無	介護保険施設・医療機関の名称								期間	年 月 日 ～ 年 月 日								

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・介護医療院）										担 当 者 名	
	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 （ ）								

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										
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成する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、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又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

認定調査に関する聞き取り欄

調 査 日 程 連 絡 先	氏 名	被保険者との関係										
	日中連絡のつく電話番号											
調 査 立 会 い 希 望	希望する	立会者氏名										希望しない

事 務 処 理 欄	シ ス テ ム 入 力		調 査 員		課 長 等	係 長	係		受理処理欄		
			主治医意見書依頼		調 査 日		審査会依頼		結果 通知	メモ	
			主治医意見書返送		一次入力		審査会判定				

基本チェックリスト

記入日： 年 月 日（ ）

氏名		住 所	佐久市	生年月日	M T S
希望するサービス内容					
No.	質問項目	回答：いずれかに○をお付けください			
1	バスや電車で1人で外出していますか	0.はい	1.いいえ		
2	日用品の買い物をしていますか	0.はい	1.いいえ		
3	預貯金の出し入れをしていますか	0.はい	1.いいえ		
4	友人の家を訪ねていますか	0.はい	1.いいえ		
5	家族や友人の相談にのっていますか	0.はい	1.いいえ		
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0.はい	1.いいえ		
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0.はい	1.いいえ		
8	15分位続けて歩いていますか	0.はい	1.いいえ		
9	この1年間に転んだことがありますか	1.はい	0.いいえ		
10	転倒に対する不安は大きいですか	1.はい	0.いいえ		
11	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1.はい	0.いいえ		
12	身長 cm 体重 kg (BMI =) (注)				
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1.はい	0.いいえ		
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1.はい	0.いいえ		
15	口の渇きが気になりますか	1.はい	0.いいえ		
16	週に1回以上は外出していますか	0.はい	1.いいえ		
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1.はい	0.いいえ		
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか	1.はい	0.いいえ		
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0.はい	1.いいえ		
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1.はい	0.いいえ		
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	1.はい	0.いいえ		
22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1.はい	0.いいえ		
23	(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今はおっくうに感じられる	1.はい	0.いいえ		
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	1.はい	0.いいえ		
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	1.はい	0.いいえ		

(注) BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m) が18.5未満の場合に該当とする

＜基本チェックリスト実施結果＞

①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
No.1～20	No.6～10	No.11～12	No.13～15	No.16	No.18～20	No.21～25
(10点以上)	(3点以上)	(2点)	(2点以上)	(No.16該当)	(1点以上)	(2点以上)
／20	／5	／2	／3	／1	／3	／5