

介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書

■新規 □更新 □変更 □介護新規 □転入

受付者印

調査担当

(宛先)高崎市長
次のとおり申請します。

申請日 令和 ○年 ○月 ○日

2号被保険者の方のみ、必ずご記入ください。

被 保 険 者	被保険者番号	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6	個人番号	←		
	医療保険	保険者名	〇〇〇〇	保険者番号	1234	
		被保険者証	記号 123456	番号	12345	枝番 11
		フリガナ	タカサキ タロウ	生年月日	明・大・昭	○年 ○月 ○日
		氏名	高崎 太郎	性別	男	・ 女
		住所	〒 370 - 8501 高崎市高松町35番地1 電話番号 027 (321) 1242			
		前回の要介護認定の結果等	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			
		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 年 月 日	※14日以内に他自治体から転入した者のみ記入			
		過去6カ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・医療機関等の名称等・所在地 〇〇病院 高崎市〇〇町〇〇番地 期間 ○年 ○月 ○日～ 年 月 日			
		変更理由	介護保険施設・医療機関等の名称等・所在地 期間 年 月 日～ 年 月 日			

未記入でも差し支えありません。

※ご本人・申請代理人(家族・親族・民生委員・成年後見人等)及び提出代行者以外が申請する場合は、代理人選任届が必要です。

2号被保険者の方は、必ずご記入ください。

提出代行者からの申請の場合は必ず記入してください。

提出代行者	名称	該当に〇(地域包括支援センター・居宅介護(介護予防)支援事業者・地域密着型介護老人福祉施設・介護保険施設・介護医療院)	
		〇〇〇〇	担当ケアマネジャー 〇〇〇〇
	住所	〒 370-0000 高崎市〇〇町〇〇番地 電話番号 027 (000) 0000	

提出者(窓口に来られた方)	窓口に来られた方のお名前	本人との関係	妻、子、民生委員等
---------------	--------------	--------	-----------

介護者の連絡先	氏名	ご親族の方のお名前	本人との関係	夫・妻・子等
	住所(自宅・勤務地等)	〒 370-0000 高崎市〇〇町〇〇番地 電話番号 000 (000) 0000		

主治医	氏名	〇〇〇〇	医療機関名	〇〇医院
	所在地	〒 370-0000 高崎市〇〇町〇〇番地 電話番号 027 (000) 0000		

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	16の特定疾病のうち、該当する疾病をご記入ください。
-------	----------------------------

・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、高崎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者が取得した心身の状況等の情報を、高崎市から地域包括支援センター、居宅介護支援業者、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者、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。

・認定更新申請から30日以内に認定がされない場合でも、現行の認定の有効期間内に認定の結果が通知されるのであれば、認定延期通知の省略に同意します。

同意される場合はご記入ください

本人氏名

高崎 太郎

◆入院状況確認事項 ※入院中の方はご記入ください。

1. 入院の原因となった病気 ※現在の病院への入院日（令和 3年 2月 1日）

脳血管疾患 骨折 心臓病 肺炎 がん 認知・行動面 その他（ ）

2. 今回の入院での手術の実施および予定 …… ある（ 月 日） ・ ない

3. 転院の予定 …… ある（ 月 日） ・ ない

4. 状態が安定し、退院に向けてのリハビリが進んでいる。 …… はい ・ いいえ

5. 退院の予定は今から概ね1か月以内である。 …… はい ・ いいえ

1) 退院予定日（令和 3年 3月 28日頃）

2) 退院後の生活場所の予定 自宅等 施設 未定

※上記で「ある」、「いいえ」に該当する場合には、現時点での申請を相談させていただく場合がございます。

◆認定調査に伴う確認事項 ※申請者は必要事項をご記入ください。

1. 調査の立ち会い（正確な調査を実施するため、日頃の状況を把握している方の立ち会いをお願いします。）

立会人：氏名 高崎 花子 続柄 妻

昼間連絡のつく電話番号：（ 090 - 1234 - 5678 ）

※12時～13時頃、16時過ぎがつながりやすい。
※いつでも連絡可

2. 調査場所（主に生活している場所での調査をお願いします。）

表に記入した被保険者の住所

現在入院している医療機関 3 階 東 病棟 341 号室

その他 名称・名前 _____ 住所 _____

電話番号：（ _____ - _____ - _____ ）

3. 調査員の駐車スペース …… ある ・ ない

4. 現在利用しているサービス …… ある ・ ない

ヘルパー デイサービス デイケア ※利用日（月 火 水 木 金 土 日）

ショートステイ（ 月 日 ~ 月 日） その他（ ）

5. 現在の心身の様子（申請のきっかけや具体的な状況等をご記入ください。）

R2.12.1.自宅で転倒し、右大腿骨頸部骨折で入院。手術を受けた。R3.2.1に転院。歩行器でリハビリをしている。自宅へ帰ってからもリハビリを受けたり、杖や手すりなどの福祉用具を借りたい希望がある。認知症の症状はない。

6. 調査員への連絡事項

特になし 病名や余命を本人に伝えていないので配慮してほしい

本人の前では話しにくいことがある（排泄、認知症等） その他（健康調査として来てほしい）

市記入欄： 通常 ・ 急（ ）