

介護保険 要介護認定・要支援認定申請書

【 新規 ・ 更新 ・ 区分変更 】

那覇市長 様

次のとおり申請します。

【その他】

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 転入継続 | <input type="checkbox"/> 障害事前 |
| <input type="checkbox"/> 介護扶助離脱 | <input type="checkbox"/> 65歳到達 |
| <input type="checkbox"/> 適用除外施設退所 | |

被 保 険 者	個人番号															
	被保険者番号										申請年月日		令和 年 月 日			
	医療 保 険	保険者名										保険者番号				
		被保険者証		記号		番号						枝番				
	フリガナ												生年月日		[M・T・S] 年 月 日	
	氏名												性別・年齢		男・女 歳	
	住所												〒		【電話】	
	現在の 介護認定等		要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5										有効期間		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	
	変更申請の理由															
	施設入所の有無		名称										入所日（予定を含む）			
住所										退所日（予定を含む）						
サービス受給の有無		現在サービスを [受けている・受けていない]														
申 請 者	代行者名称															
	フリガナ												本人との関係			
	氏名												〒			
主 治 医	医療機関名										最近の受診日		令和 年 月 日			
	主治医の氏名 (フルネーム)										次回受診予定		令和 年 月 日			
	所在地												〒		【電話】	
2 号 被 保 険 者	40歳から64歳までの医療保険加入者のみ記入															
	特定疾病名															
開 示 同 意	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、那覇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、那覇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。 更新申請について、有効期間内に要介護認定を行えるのであれば申請日から30日を超えた場合、市からの延期通知を省略することに同意します。															
	本人氏名						代筆者氏名									
受付	番号確認	本人確認	委任状	生保有無	入力	保険証回収	後日受取	受付番号	件数	受付印						
						未・済			/							

訪問調査にあたって

氏名		被保険者番号													
----	--	--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

訪問調査に関する事	訪問調査場所 (概ね1週間生活している場所)	<input type="checkbox"/> 自宅 駐車場 (有 ・ 無)			
		<input type="checkbox"/> 入院先・入所先 施設名 (棟 階)			
		所在地 電話 :			
		<input type="checkbox"/> その他親族宅など 住所 駐車場 (有 ・ 無)			
調査日時	都合の良い日・時間帯	月・火・水・木・金	在宅調査	10時 ・ 13時	
		いつでも可	介護三施設・病院調査	15時	
	都合の悪い日・時間帯			透析の有無	有 ・ 無
				月・火・水・木・金	
ショートステイの利用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (利用期間 ~)					
立会予定者	フリガナ		続柄	連絡先 (自宅・携帯・その他)	
	氏名				
	フリガナ		続柄	連絡先 (自宅・携帯・その他)	
	氏名				
<input type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> ケアプランナー <input type="checkbox"/> 相談員 <input type="checkbox"/> その他 ()	フリガナ		立会の有無	有 ・ 無	
	氏名			連絡先 (自宅・携帯・その他)	

本人に関する事	・ 申請理由 (新規のみ) ()			
	・ 同居のご家族はいますか? <input type="checkbox"/> はい () <input type="checkbox"/> いいえ (独居 ・ 二世帯 ・ 施設入所中)			
	半年以内の入院歴 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (有の方は右記入)	【医療機関名】 (期間 ~)		
		【医療機関名】 (期間 ~)		
		入院中の方: <input type="checkbox"/> 転院予定なし <input type="checkbox"/> 退院の目処あり		
	入院理由 ()			
	【現在の状況や調査の際に気を付けてほしいこと】			
[認知面] <input type="checkbox"/> クリア <input type="checkbox"/> 症状有 ()				
[歩行] <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (杖 ・ 歩行器 ・ 車いす ・ ストレッチャー)				
緊急性 (有 ・ 無)				