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
要介護認定・ 要支援認定区分変更］申請書

那覇市長 様　　次のとおり申請します。

			個人番号	
被保険者	被保険者番号	0 0	申請年月日	平成　　年　　月　　日
	フリガナ		生年月日	（明　大　昭）　　年　　月　　日
	氏　　名		性　別	男 ・ 女　　年齢　　歳
	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 ・ 要支援　1　2　3　4　5		
		有効期間　平成　　年　　月　　日　から　平成　　年　　月　　日		
	介護保険施設入院・入所の有無 （短期入所を除く）	有	介護保険施設の入所・入院施設名	
			所在地	
		無	上記以外の入院医療機関名・入所施設名	
			所在地	
	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		

申請者氏名		本人との関係	
事業者番号	4 7		
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・指定介護療養型医療施設） 印		
申請者住所	〒 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		
	最終診察日	平成　　年　　月　　日　※薬の処方のみは受診に含みません。受診後申請してください。		

2号被保険者 （40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

医療保険者名		医療保険被保険者証記号番号	
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、介護認定調査内容、主治医意見書、介護認定審査会による判定結果・意見を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または認定調査に従事した調査員に提供すること、及び更新申請について、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
（自署）　　（代筆）

認定調査連絡票

要介護認定のために自宅等を訪問して、介護を必要とする方の心身の状態などについてお聞きします。

氏　名		被保険者番号	0	0								

1．訪問調査はどちらにお伺いすればよろしいですか。(概ね1週間生活している場所での調査になります)

☐ 自　宅　　☐ その他　（※訪問先名称・住所・電話番号を必ず記入してください。）

訪問先の名称:　　（　　病棟　　階　　室 ）

訪問先の住所:

【 TEL　　】

調査時に調査員が車を駐車する場所がありますか？　☐ あり　☐ なし　☐ 近くにコインパーキング有

2．調査日でご都合の良い曜日・悪い曜日がありましたらご記入ください。

※原則、調査希望日の指定は対応いたしかねます。
※在宅は10時・13時　病院・介護保険施設は15時

ご都合の良い曜日・時間帯	ご都合の悪い日・曜日	透析の有無
月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ いつでも可 AM ・ PM ・ いつでも可		有 ・ 無 （月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・金）

3．調査の当日に立会いされる方についてご記入下さい。

（ふりがな） 氏　名	続柄	自宅の電話番号	携帯電話番号	連絡がとりやすい時間帯
				時 ～　　時
				時 ～　　時

立会いされる方に電話が繋がらない場合の連絡先

（ふりがな） 氏　名		続柄		連絡先	

4．現在利用している(利用したい)サービス

☐ 施設入所(特養・老健・療養)	☐ グループホーム・小規模ホームなど	☐ ショートステイ・お泊りデイ
☐ 訪問介護　（　　曜日）	☐ 訪問看護　（　　曜日）	☐ 福祉用具の貸与
☐ デイサービス　（　　曜日）	☐ デイケア　（　　曜日）	☐ 住宅の改修

5．訪問する調査員に伝えたいこと(本人の状態)、気をつけてほしいことがありましたらご記入下さい。

同居の有無　有 ・ 無　（ 1人暮らし ・ 二世帯 ・ 入所中 ）※キーパーソン等

申請理由　☐ サービス利用希望　☐ 申請を勧められて(　　)　☐ 更新

入院　有 ・ 無　（　　～　　病院名:　　）

［入院の理由］　（　　～　　病院名:　　）

特記事項 ・ 調査の際に気をつけて欲しいこと

※那覇市聞き取り欄※ 太枠内は記入しないで下さい。
☐ 前回と状態変わらず
認知面について
歩行
緊急性の有無
有 ・ 無