

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】

申請区分を選択

- 障害事前
- 介護扶助離脱
- 適用除外施設退所
- 65歳到達

那覇市長 様 次のお通り申請します。

個人番号																																	
被保険者番号	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	申請年月日	令和	4	年	10	月	1	日															
医療保険	保険者名	那覇市国民健康保険										保険者番号	0000001																				
	被保険者証	記号	那国										番号	0000001			枝番	01															
被保険者	フリガナ											生年月日	[M・T	S		20	年	12	月	31	日												
	氏名	本人氏名										性別・年齢	男		・		女	76		歳													
住所	〒	900-8585										本人住所（住民票上の住所）																					
												【電話】	098-000-0000																				
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	3		年		10		月		1		日		～	令和	4		年		9		月		30		日						
変更申請の理由	区分変更申請の場合のみ記入																																
施設入所の有無	名称	有料老人ホーム〇〇〇										申請日時点で施設入所中の場合のみ記入										(予定を含む)	24		年		1		月		1		日
	住所	那覇市泉崎〇〇〇																				(予定を含む)	25		年		2		月		1		日
サービス受給の有無	現在サービスを <input checked="" type="radio"/> 受けている・ <input type="radio"/> 受けていない																																

申請者	代行者名称	事業所・施設等名称																							
	フリガナ																								
	氏名	申請者氏名										本人との関係	本人から見た関係性 (例：姉、長男、CM等)												
住所	〒	900-0000										申請者住所（事業所・施設等の場合は事業所・施設等住所）													
												【電話】	098-000-0000												

主治医	医療機関名	●●病院										最近の受診日	令和	4	年	9	月	30	日		
	主治医の氏名 (フルネーム)	真和志 ジロウ										意見書を記入してもらう主治医の情報を記入									
	所在地	〒	那覇市泉崎〇〇〇										【電話】	098-000-0000							

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 医療保険の被保険者証の写しを申請書に添えて提出してください。																							
	特定疾病名	脳血管疾患																						

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審査、 査会による判定結果・意見を地域包括支援センター 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、及び更新申請に伴い、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	本人氏名										代筆者氏名	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	<b>那覇 タロウ</b>		被保険者番号		
訪問調査に関する事	訪問調査場所	<input type="checkbox"/> 自宅 駐車場 ( 有 ・ 無 )			
	( 概ね1週間生活している場所 )	<input checked="" type="checkbox"/> 入院先・入所先 施設名 <b>●●病院</b> ( <b>北病 棟 2階</b> )			
		所在地 <b>那覇市泉崎〇〇〇</b> 電話: <b>000-000-0000</b>			
			<input type="checkbox"/> その他親族宅など 住所 駐車場 ( <b>有</b> ・ 無 )		
調査希望日時の確認	調査日時	都合の良い日・時間帯	<input checked="" type="checkbox"/> 月 <input checked="" type="checkbox"/> 火 <input checked="" type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 いつでも可	在宅調査	10時 ・ 13時
		都合の悪い日・時間帯	<b>火 ・ 木 ・ 金</b>	介護三施設・病院調査	<b>15時</b>
			透析の有無	有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無	
	ショートステイの利用 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 利用期間 ~ )				
立会予定者	フリガナ		続柄	本人から見た関係性	連絡先 (自宅・ <input checked="" type="checkbox"/> 携帯・その他)
	氏名	<b>立会者氏名</b>			<b>000-0000-0000</b>
	フリガナ		続柄		連絡先 (自宅・携帯・その他)
フリガナ			立会の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	連絡先 (自宅・携帯・ <input checked="" type="checkbox"/> その他)
氏名	<b>CM/CP/緊急連絡先氏名</b>				<b>000-000-0000</b>

自宅 (住民票上の住所地) 以外で調査を行う場合 その名称・住所等を記入

本人に関する事	・ 申請理由 (新規のみ) ( <b>老健でのリハビリ検討</b> )					
	・ 同居のご家族はいますか? <input checked="" type="checkbox"/> はい ( <b>長男、長女</b> ) <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 checked="" type="checkbox"/> 有 (有の方は右記入)	【医療機関名】 <b>那覇市立病院</b>		( 期間 <b>7月1日</b> ~ <b>8月15日</b> )		
		【医療機関名】 <b>●●病院</b>		( 期間 <b>8月15日</b> ~ <b>10月末退院予定</b> )		
		入院中の方: <input checked="" type="checkbox"/> 転院予定なし <input checked="" type="checkbox"/> 退院の目処あり				
	入院理由 ( <b>脳梗塞で救急搬送。オペ後転院しリハビリ中。</b> )					
	【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 checked="" type="checkbox"/> 症状有	( <b>もの忘れ増。危険認知低下あり。</b> )		
	[歩行]	<input checked="" type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	( <b>杖 ・ 歩行器 ・ 車いす ・ ストレッチャー</b> )	
	歩行に何か使用している場合は選択					
本人耳が遠いので、大きな声でお願いします。 できないことも「できる」ということがあるので別途立会者に確認希望。						
命の危険があるターミナル申請の場合のみ「有」						
緊急性 ( 有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 )						

症状がある場合には具体的に記入

入院に至った原因・経過を記入

歩行に何か使用している場合は選択

本人耳が遠いので、大きな声でお願いします。できないことも「できる」ということがあるので別途立会者に確認希望。

命の危険があるターミナル申請の場合のみ「有」