

# 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(要支援者の要介護新規申請含む)

日立市長 殿 次のとおり申請します。 申請年月日 令和 年 月 日

被 保 者	被保険者番号											個人番号										
	フリガナ											生年月日	明・大・昭					年	月	日	歳	
	氏名											性別	男・女									
	住所											電話番号	( )									
	前回の要介護区分	要支援 1 2					要介護 1 2 3 4 5															
	前回の有効期間	年 月 日から					年 月 日まで															
	区分変更申請の理由																					
現在いる場所 (現住所以外の 場合のみ、ご記 入ください)	施設・医療機関名 又は 世帯主氏名	<input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> 一般病院等 <input type="checkbox"/> その他の場所 ※退院・退所の予定 = 未定・あり(令和 年 月 日)																				
	住所 電話番号	〒 電話番号 ( )																				
転入者記入欄	転出元自治体 (前保険者住所)																					
認定申請状況	認定済・申請中(申請日:令和 年 月 日 認定調査:済・未)																					

該当するものに○	認定調査の立ち会いを希望	する(下記をご記入ください)	・	しない
認定調査に ついての 連絡先と 立会人	氏名			
	住所	〒	日中連絡が取れる電話番号 ( )	
	(調査希望曜日) 月 火 水 木 金 指定なし			

申請の手続きを被保険者に代わって行う場合に記入してください。(該当するものに○)

提出 代 行 者	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター・ <input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業所・ <input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設・ <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設・ <input type="checkbox"/> 指定介護療養型医療施設・ <input type="checkbox"/> 介護病院・ <input type="checkbox"/> 地域包括型介護老人福祉施設その他			
	名称	日立市基幹型地域包括支援センター		
	所在地	〒 317-8790	印	担当者名: 電話番号 0294 ( 22 ) 3111

被保険者の主治医を記入してください。

主治 医	医療 機関名				医師の氏名				科
	所在地	〒			最終受診日	年	月		
		電話番号	( )		次回受診予定日	令和	年	月 日	

第2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入してください。

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為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、日立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。

市記入欄	保険証 有・無	資格者証 済・未	本人氏名
------	------------	-------------	------

結果通知送付等に関する事項(送付先変更等希望する場合は、送付先とその理由等記入してください。)  
 ※居宅支援事業所への送付は原則出来ません。また、窓口での受取り希望の場合は理由を記入してください。  
 ・送付先等  
 ・理由

調査員が訪問に伺う際の参考にさせていただきますので、ご本人の状況についてご記入ください。  
また、該当する□にレをつけてください。

窓口申請に来た方 <input type="checkbox"/> 調査立会人と同じ		氏名 _____ 本人との関係 _____ 住所 〒 _____ 電話番号 _____ ( ) _____
要介護認定を申請する理由		<input type="checkbox"/> 更新のため <input type="checkbox"/> 状態が悪くなったため <input type="checkbox"/> 状態が良くなったため <input type="checkbox"/> 介護認定を勧められたため(医師・病院の相談員・看護師・知人) <input type="checkbox"/> 介護サービス利用を希望 (通所介護・訪問介護・施設入所・福祉用具・住宅改修) <input type="checkbox"/> その他 ( )
現在の状況(複数回答可)		<input type="checkbox"/> 親族と同居(配偶者・子・孫・兄弟・その他( )) <input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 病院入院中・施設入所中 <input type="checkbox"/> その他( )
お体の状況	治療中の病気について	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (病名: 認知症・心臓病・脳梗塞・脳出血・がん・糖尿病・高血圧・骨折 その他 )
	歩行について	<input type="checkbox"/> 一人でできる (その他) <input type="checkbox"/> 杖等使えば一人でできる <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> できない(寝たきり)
	食事について	<input type="checkbox"/> 一人で食べることができる (その他) <input type="checkbox"/> 一部介助が必要(おかずをのせる等) <input type="checkbox"/> 全くできない
	排泄について	<input type="checkbox"/> トイレまたはポータブルトイレを使って一人でできる (その他) <input type="checkbox"/> トイレまでの誘導など何らかの介助が必要 <input type="checkbox"/> オムツを使っている
	認知症について 気になる症状はありますか	<input type="checkbox"/> ある ・ ひどい物忘れ ・ 妄想 ・ 幻覚 ・ 昼夜逆転がある ・ 乱暴なふるまいをする ・ 目的もなく動き回る ・ 辻褄が合わない ・ その他( ) <input type="checkbox"/> ない (その他)
介護認定申請の本人の同意		有 ・ 無
調査の際に配慮すること 事前に調査員に伝えておきたいことがあればご記入ください		