介護保険（要介護・要支援）認定申請書

（ □ 新規　 □ 更新　 □ 区分変更　 □ 介護 ）

千代田町長あて　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※申請日は町が受理した日となります。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 次のとおり申請します。 | | | | 申請年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 申請者(提出代行者) | 被保険者  との関係 | □本人  □親族等（続柄：　　　　　　　　　） | □地域包括支援センター  □指定居宅介護支援事業所  □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  □指定地域密着型介護老人福祉施設 |
| 氏名  又は名称 | ㊞  （提出代行者の場合は押印してください） | | | |
| 住所・所在地  （本人以外の場合） | 〒　　　　　－　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　（　　　　　　）　　　　　　－ | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被　　　　　　保　　　　　　険　　　　　　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 | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏　　名 |  | | | | | | | | | | |
| 性　　別 | 男　・　女 | | | | | | | 年　　齢 | | | |  | | | |
| 住　　所 | 〒　　　　　－　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　（　　　　　　）　　　　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 前回の要介護  認定の結果等 | 要介護等状態区分 | | | | | | | 要介護 （ １ ・ ２ ・ ３ ・ ４ ・ ５ ）　要支援 （ １ ・ ２ ） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 認定の有効期間 | | | | | | | 年　　　月　　　日 から　　　　　　年　　　月　　　日 まで | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 過去６か月間の  介護保険施設  ・医療機関等  入院入所の有無  〔 有 ・ 無 〕 | 介護保険施設・医療機関等の名称・所在地 | | | | | | | | | | | | | | 年　　　月　　　日入院/入所  　　　　　年　　　月　　　日退院/退所(予定) | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険施設・医療機関等の名称・所在地 | | | | | | | | | | | | | | 年　　　月　　　日入院/入所  　　　　　年　　　月　　　日退院/退所(予定) | | | | | | | | | | | | |
| 区分変更の理由  (区分変更の場合のみ記入) | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 主　治　医 | 医療機関名 |  | 主治医氏名 |  | 直近受診日　　　月　　　日  次回予定日　　　月　　　日 |
| 診療科目 | 内・外・整形・脳外・脳神経・循環器・消化器・リハビリ・精神神経・呼吸器・泌尿器・その他（　　　　　　　　　　） | | | |
| 医療機関  所在地 | 〒　　　　　－　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　（　　　　　　）　　　　　　－ | | | |

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　　　　　　　　※医療保険被保険者証のコピーを添付してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療保険者名 |  | 医療保険被保険者証  記号番号 |  |
| 特定疾病名 |  | | |

|  |
| --- |
| **介護認定情報の提供等に関する同意事項**  １．介護サービス計画又は介護予防サービス計画作成のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る認定調査票（概況調査・基本調査・特記事項）及び主治医意見書に記載された情報を地域包括支援センター、指定居宅介護支援事業者、介護保険施設等に提供すること。  ２．主治医意見書を記載した医師から要望があるときは、要介護・要支援認定の認定結果及び認定有効期間に係る情報を同医師に提供すること。  ３．要支援１又は要支援２に認定された場合は、申請書に記入された情報並びに認定結果及び認定有効期間に係る情報を地域包括支援センターに提供すること。  ４．施設や病院等内で訪問調査を実施するときは、施設や病院等内の職員から、被保険者の心身の状態等について聴取すること。  ５．更新申請に係る要介護認定・要支援認定が、認定有効期間内に行われる場合は、申請から当該要介護認定・要支援認定をするために３０日を超えてなお要する期間及びその理由の通知（延期通知）を省略すること。  私は、介護認定情報の提供等に関する上記の項目に同意します。  （被保険者氏名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（代筆者氏名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（続柄）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞  (本人自署の場合は押印不要です) |

※上記の項目に同意されない場合は、必要に応じてご本人が提供等を行ってください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 認定調査日程等連絡先 | 日程等調整の連絡先 | フリガナ |  | | | 本人との関係 | 電話番号 | | ※日中連絡がつく電話番号を記入してください。  １．（　　　　　　）　　　　　　－  ２．（　　　　　　）　　　　　　－ | |
| 氏　　名 |  | | |  |
| 連絡が取れる時間帯は（ 月・火・水・木・金 ）の（　　　　）時から（　　　　）時　　　又は （ いつでも ） | | | | | | | | |
| 調査日  当日の  立会者 | □ 上記の方↑  □ 右記の方→  □ 立会者なし | | フリガナ |  | | | 本人との関係 | | 立会者がいない場合はその理由 |
| 氏　　名 |  | | |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 調査員訪問先 | □自　宅 | | |
| □病　院 | 名称 | 病室（　　　　　号室） |
| □施　設 | 所在地 | 〒　　　　　－　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　（　　　　　　）　　　　　　－ |
| □その他 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被　保　険　者　の　状　態 | 起き上がり | □つかまらないでできる | □何かにつかまればできる | □できない |  |
| 歩行 | □つかまらないでできる | □何かにつかまればできる | □できない |  |
| 洗身 | □介助されていない | □一部介助が必要 | □全介助 | □行っていない |
| 食事摂取 | □介助されていない | □見守りが必要 | □一部介助が必要 | □全介助 |
| 排泄 | □介助されていない | □一部介助が必要 | □全介助 | オムツ使用 □有 □無 |
| 薬の内服 | □介助されていない | □一部介助が必要 | □全介助 |  |
| 医療処置等 | □点滴管理　□中心静脈栄養　□透析　□酸素療法　　□経管栄養　□その他（　　　　　　　　　　） | | | |
| 被保険者の家族状況、居住状況、既往歴、日常生活に支障がある状況、介護の状況等を記入してください。 | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| サービス利用 | □すぐに利用したい | （利用したい・利用している）サービスの名称を記入してください。 |
| □認定後に利用したい |
| □退院後に利用したい |
| □すでに利用している |
| □利用する予定はない |

【記入要領】

１　□が記載されている箇所は、該当するものにレ点を記入してください。

２　申請者（提出代行者）欄

　(1) 「本人との関係」は、被保険者との関係を記入（選択）してください。なお、本人とは被保険者本人を、親族等とは被保険者の三親等内の親族、成年後見人等を指します。（以下同じ。）

　(2) 「氏名」は、本人又は親族等が申請するときはその氏名を、提出代行者はその名称を記入してください。

３　区分変更の理由欄は、区分変更申請又は介護申請（要支援者の要介護への区分変更）の場合に記入してください。

４　主治医欄は、主治の医師の氏名等を記入してください。なお、主治医に介護保険の認定申請をしたことをお話しください。

５　第２号被保険者は医療保険者名等を記入し、特定疾病名に下記の特定疾病一覧から転記してください。

６　介護認定情報の提供等に関する同意事項欄は、被保険者本人が自署するときは押印不要です。本人氏名を代筆するときは、代筆者氏名及び被保険者との続柄を記入のうえ押印してください。（被保険者本人が意思表示困難な場合は、三親等内の親族による署名押印によって本人署名に代えることができます。）

７　認定調査日程等連絡先欄

　(1) 「日程調整時の連絡先」は、訪問調査日の日程を調整できる方の氏名、電話番号等を記入してください。

　(2) 日程調整の連絡は平日の日中（8時30分～17時15分）に電話で行いますので、時間帯の記入にあたっては十分留意してください。

【第２号被保険者に係る特定疾病一覧】

①がん【がん末期】（医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る）　　②関節リウマチ

③筋萎縮性側索硬化症　　④後縦靭帯骨化症　　⑤骨折を伴う骨粗鬆症　　⑥初老期における認知症　　⑦進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病　　⑧脊髄小脳変性症　　⑨脊柱管狭窄症　　⑩早老症　　⑪多系統委縮症　　⑫糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症　　⑬脳血管疾患　　⑭閉塞性動脈硬化症　　⑮慢性閉塞性肺疾患　　⑯両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症