

介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書

(宛先) 福岡市長

次のとおり申請します。

		① 申請日		令和 2 年 6 月 1 日	
申請区分 ②		<input type="checkbox"/> 新規 <input checked="" type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 区分変更 <input type="checkbox"/> 転入		転出元市町村名: 異動日: /	
被保険者	③ 被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	④ 個人番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1	
	フリガナ	てんじん はなこ		生年月日	昭和 28 年 4 月 1 日
	⑤ 氏名	天神 花子		性別	女
	住所	福岡市中央区天神1丁目〇-〇 (電話 092 - △△△ - △△△△)			
主治医	⑥ 医療機関・施設の名称	博多太郎クリニック	氏名	博多 太郎	
	所在地	福岡市博多区博多駅前2丁目△-△ (電話 092 - △△△ - △△△△)			
⑦ 現在の入所・入院等の有無 (短期入所を除く。)	有	入所・入院施設の名称	中洲病院		
		所在地	福岡市中央区中洲3丁目□-□ (電話 092 - □□□ - □□□□)		
⑧ 申請の理由 (主な疾患名、心身の状況の変化等)	区分変更申請の場合 <input type="checkbox"/> 状態悪化 <input type="checkbox"/> 状態改善 〇〇(主な疾患名)のため体の状態が悪化し、歩行が困難になったため(更新申請の場合は主な疾患名等をご記入ください)				
介護サービス計画等の作成等、および診療上の参考のため、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、および主治医意見書を、福岡市から認知症対応型共同生活介護事業者、特定施設入所者生活介護事業者、居宅介護支援事業者、小規模多機能型居宅介護事業者、介護保険施設事業者、地域包括支援センター、介護予防支援事業者、主治医意見書を記載した医師に提示することに同意します。 更新申請については、要介護(要支援)認定が申請日から30日を超える場合であっても、現在の要介護(要支援)状態区分の有効期間であれば、認定までの見込み期間等を通知する書面を省略することに同意します。					
⑨	本人署名	代筆者氏名	本人との関係		
	(記名押印可)	(本人署名欄を代筆した場合)			

※申請者が被保険者本人の場合、記入不要です。

申請者	⑩ 氏名(担当者)	山笠 好子 (本人との関係 長女)			
	住所	〒 810 - ▲▲▲▲ 福岡市東区箱崎4丁目▲-▲ (電話 092 - ▲▲▲ - ▲▲▲▲)			
	提出代行業者名	右記の該当に○ 指定居宅介護支援事業者 ○地域密着型介護老人福祉施設 ○介護保険施設 ○地域包括支援センター			

※この欄は該当がある場合に記入してください。

⑪ 前回(現在)の認定	【状態区分】	要支援1			
	【有効期間】	令和 元 年 7 月 1 日 ~ 令和 2 年 6 月 30 日			

※第2号被保険者(40歳以上65歳未満の医療保険加入者)は、特定疾病名も記入してください。

医療保険者	⑫	医療保険者番号	
特定疾病名	⑬	記号・番号	

① 申請日

申請日を記入してください。

② 申請区分

申請区分にチェックを入れてください。

※要支援・要介護新規申請は区分変更チェックを入れてください。

転入申請の場合は、転入元の市町村と異動日(住民異動(転入)届出書に記載した異動日)を記載してください。

③④⑤ 被保険者

③介護保険被保険者証に記載の被保険者番号を記入してください。

④個人番号カードに記載されている、12桁の個人番号を記入してください(わからない場合は記入不要です)。

⑤本人の氏名、生年月日、性別を記入してください。住所については、住民票の住所地を記入してください。

※認定通知書及び被保険者証の送付先が住民票の住所地と異なる場合は、別途届出が必要です。

<個人番号を記載時に必要なもの>

・被保険者の個人番号(マイナンバー)を確認できる書類(個人番号カード等)

⑥ 主治医

複数の医療機関を受診している場合、介護が必要な状態の直接の原因である病気を治療しているなど、本人の状態を最も知っている医師の氏名、医療機関名、所在地などを記入してください。主治医がいない場合は、福岡市要介護認定事務センターにご相談ください。

⑦ 現在の入所・入院等の有無

今現在、施設や医療機関で生活している人のみ、施設や医療機関の名称と所在地を記入してください。

短期入所(ショートステイ)中の場合は、記入不要です。

⑧ 申請の理由

新規申請の場合は、主な疾患名と申請の理由を記入してください。

更新申請の場合は、主な疾患名等を記入してください。

区分変更の場合は、状態悪化または状態改善のどちらかにチェックを入れ、申請の理由を記入してください。

⑨ 要介護(支援)認定に係る情報提供の署名

趣旨を理解され、認定結果を提示することに同意する場合は、署名してください。本人が署名できない場合は、代筆者が本人の名前を記入し、代筆者氏名及び本人との関係を記入してください。

⑩ 申請者

申請者が本人のときは、記入不要です。

家族及び代行業者などの代理人が申請する場合は、氏名、住所、電話番号、本人との関係を記入してください。

⑪ 前回(現在)の認定

更新認定申請など、前回の要介護等認定結果がある場合に記入してください。(介護保険被保険者証を確認してください。)

⑫⑬ 医療保険者等

⑫加入している医療保険の保険者名、保険者番号、被保険者の記号・番号を記入してください。

⑬40歳以上65歳未満の方は、主治医によく確認し、該当する特定疾病名を記入してください。

<申請時に必要なもの>

・介護保険被保険者証(40歳以上65歳未満の人は医療保険の被保険者証が必要な場合があります。)

・本人または代理人(家族、友人など)の身元を確認できる書類

(写真付き身元証明の場合は1点、写真なし身元証明の場合は2点)

要介護認定訪問調査個票 (認定申請書と併せてご提出ください)

被保険者氏名	天神 花子				
調査希望曜日・時間	<input type="checkbox"/> 特に希望無し <input checked="" type="checkbox"/> 希望有り → 希望曜日 (<input checked="" type="radio"/> 月 <input type="radio"/> 火 <input checked="" type="radio"/> 水 <input type="radio"/> 木 <input checked="" type="radio"/> 金) ※状況により、調査日のご希望に沿えない場合がございますので、ご了承ください。 希望時間 <input checked="" type="checkbox"/> 10:30 <input type="checkbox"/> 13:30 <input type="checkbox"/> その他→下記「調査上の留意点」にご記入ください。				
調査場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 病院・施設 (中洲病院) (所在地・TE 福岡市中央区中洲3丁目 <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ・092- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 病棟 B病棟5階) <small>※ショートステイの場合もご記入ください</small> →入院(所)日 (令和 2年 6月 21日) ~ 退院(所)日 (令和 2年 8月 1日) ※予定日含む <input type="checkbox"/> その他 住所() <small>※認定結果通知書及び被保険者証の送付先は住所地になります。変更する場合は別途届出が必要です。</small>				
日程調整の打合せ先 (連絡が取れない場合は、認定調査が遅れる場合があります。)	連絡を取る方	ふりがな	やまかさ よしこ	本人との関係	担当ケアマネジャー
		氏名	山笠 好子		
連絡先①		TEL(092-▲▲▲▲-▲▲▲▲)	調査の同席	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
連絡先②		TEL()		<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
連絡がとれる時間帯など (月~金 10:00~17:00)					
上記の方に連絡が取れない場合に連絡する方	ふりがな	てんじん たろう	本人との関係	兄	
	氏名	天神 太郎			
	連絡先①	TEL(080-●●●●-●●●●)	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居		
	連絡先②	TEL()	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
連絡がとれる時間帯など (月~金 12:00~13:00)					

会話の支障 無 有 → 要筆談 要手話通訳 その他()

認知症状 無 有 (認知症の症状があり、時々会話の内容が理解できないことがある。)
※有の場合、調査時の立会いや調査後電話での聞き取り等にご協力をお願いする場合がございます。

居宅サービス利用状況

	月	火	水	木	金	土	日	備考
住宅改修 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	午前	デイサービス		デイケア	訪問看護			
	午後	デイサービス		デイケア				

調査上の留意点 配慮が必要な事項 (本人には伝えていない病状の事等)・調査前に伝えておきたいこと等あれば、ご記入ください。
 月曜日、水曜日は10:30から、金曜日は14:00以降の調査を希望

担当ケアマネジャー	事業所・施設名称	福岡ケアプランセンター
	氏名	山笠 好子 TEL(092-▲▲▲▲-▲▲▲▲)
認定調査	<input type="checkbox"/> 担当のケアマネジャーが調査可能 (※過去の調査実施状況等に応じて、調査員を変更させていただく場合があります。)	

① 調査希望曜日・時間

調査日について、希望の曜日があれば○をつけてください。その他の時間帯で希望がある場合は「調査上の留意点」にご記入ください。

② 調査場所

調査場所が自宅と異なる場合は、調査場所を記載してください。現在施設・医療機関に入所されている方は入所・退所予定日を記入してください。

③ 日程調整の打ち合わせ先

調査日程の打ち合わせ先を記入してください。日中(原則、月曜日～金曜日の10:00～16:30)連絡が取れる方を記入してください。※連絡が取れない場合、認定調査が遅れる場合があります。確実に連絡の取れる方を記入してください。

④ 会話の支障

聴覚に障がいをお持ちである等、会話に支障がある場合は、「有」にチェックを入れ、「□要筆談」「要手話通訳」のいずれかご希望の方法にチェックを入れてください。その他の方法をご希望の場合は「調査上の留意点」に記入してください。

⑤ 認知症状

認知症等で意思疎通が困難である等、調査に支障がある場合は「有」にチェックを入れ、具体的な症状を記入してください。場合によっては、調査時の立会いや調査後の聞き取り等にご協力をお願いする場合があります。

⑥ 居宅サービスの利用状況

デイサービス等の居宅サービスを利用されている場合は該当の曜日・時間帯の欄にサービスの内容を記載してください。

⑦ 調査上の留意点

下記事項について、必要があれば記入してください。
 ・心身の状態(末期がんで早急な調査が必要等)
 ・調査日程(他の調査との関係上、ご希望に副えないことがあります。特別な配慮が必要な場合のみ、記入してください。)
 ・サービスの利用状況
 ・その他、調査上で配慮が必要なこと等