

介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書
 区分 **新規** ・ 更新 ・ 変更]

別府市長 あて
 次のとおり申請します。

										申請年月日				平成 30 年 4 月 8 日													
被保険者番号										0 0 0 0 1 2 3 4 5 6				個人番号				1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 0 0									
フリガナ										ベップ タロウ				生年月日				昭和 12 年 4 月 1 日									
氏名										別府 太郎				性別		男		被保険者区分		第1号		第2号					
住所										〒 874-8511 別府市〇〇町×番口号				電話番号 21-****													
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				要介護状態区分 1 2 3 4 5				要支援状態区分 1 2									
										有効期間				年 月 日から 年 月 日まで													
変更申請の理由										転出元自治体(市町村)名 []																	
現在、グループホーム・特定施設・介護保険施設・医療機関等入所入院の有無、名称及び所在地等										有・無		グループホーム・特定施設の名称				期間 年 月 日～ 年 月 日				介護保険施設等の名称				期間 年 月 日～ 年 月 日			
										無		医療機関等の名称				〇×病院				期間 30年 3月 25日～ 年 月 日							
緊急時連絡先										氏名				別府 市郎				被保険者との関係 (長男)									
										住所				〒 874-8511 別府市〇〇町×番口号				電話番号 21-****									

提出(代行)者	名称	該当に〇(地域包括支援センター・指定居宅介護支援事業者・地域密着型介護老人福祉施設・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・介護医療院)														
	住所	別府 市郎				印				〒 874-8511 別府市〇〇町×番口号				電話番号 21-****		
※申請書の提出について、上記のものを代理人として委任します。 氏名 印																

主治医	医療機関名	〇×病院				主治医の氏名				別府 温			
	所在地	〒 874-8511 別府市〇〇町×番口号				電話番号				21-****			

第2号被保険者（40歳から65歳未満の医療保険加入者）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、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、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、別府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、地域密着型サービス事業者若しくは介護保険施設等の関係人、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。										別府市欄	電算入力	受付
本人氏名 別府 太郎 印 (代筆者氏名) 別府 市郎 (本人との関係) 長男												

要介護認定等受付時確認事項

1. 訪問調査について

- ① 家族等介護者の立会い希望はありますか。
- ない（一人で調査が可能な状態）
- ある

氏名	別府 市郎	住所	別府市〇〇町×番□号
連絡先	自宅 21-**** 携帯 090-1234-5678	続柄 本人との 関係	長男

※連絡する時間帯にご希望がある場合は記入してください。 12 時～ 13 時頃

- ② 居宅での調査の場合、駐車場がありますか。 ある ない
- ③ 認知機能の低下がありますか。 ある ない
- ④ 現在の世帯構成について 単身 夫婦のみ 家族と同居
- ⑤ 調査時に留意する事項や新規申請の場合は、申請に至る経緯・日常生活で困っていることを記入してください。
(ガンの告知の有無、住所と調査場所が異なる場合等)

現在、大腿骨頸部骨折のため入院中。歩行器で歩ける程度まで回復している。
退院後は家の外でも安全に移動できるように通所でのリハビリと歩行器のレンタルを希望。
また、介護認定取得後は施設入所も検討している。

2. 主治医意見書について（入院中の医療機関の医師が作成する場合、②・③は省略可）

- ① 今回の申請について、主治医に相談していますか はい いいえ
- ② 定期的に受診していますか。 はい（ 回/月） いいえ
- ③ 最終受診日はいつ頃ですか。 月 日頃 未受診

3. 入院中の場合 退院の時期について （ 5月1日 ）頃退院予定 未定
- 心身の状態について 安定 不安定

4. 現在受けているサービス（新規申請の場合は、希望するサービス）を記入し、サービスを利用している曜日を（ ）に記入してください。

[通所リハビリ (火・金)] [訪問介護 ()] [()]
[()] [()] [()]

5. 認定前に暫定利用する予定のサービスがあれば記入してください。

[住宅改修] [] []

6. 労働者災害補償保険法（労災）から介護補償給付を受けていますか。

- 受けている 受けていない

7. 最近交通事故に遭った事がありますか。

- ある ない