

介護保険

要介護認定・要支援認定
要介護更新認定・要支援更新認定

申請書

沖縄県浦添市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号		個人番号			
	医療 保 険	保険者名	浦添市(国保)・沖縄県後期高齢者医療広域連合 その他()		保険者番号	
		被保険者証	記号	番号	枝番	
	フリガナ		生年月日	年 月 日		
	氏 名		性 別	男 ・ 女		
	住 所		電話番号			
	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
		※14日以 内に他自 治体から 転入した 者のみ 記入	有効期限	年 月 日 ~ 年 月 日		
			転出元自治体(市町村)名 []			
			現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 はい ・ いいえ (既に認定結果通知書を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください)			
		「はい」の場合、申請日 年 月 日				
過去6月間の介護 保険施設医療機関 等入院、入所の有 無	介護保険施設の名称等・所在地		期 間 年 月 日 ~ 年 月 日			
	介護保険施設の名称等・所在地		期 間 年 月 日 ~ 年 月 日			
	医療機関の名称等・所在地		期 間 年 月 日 ~ 年 月 日			
	医療機関の名称等・所在地		期 間 年 月 日 ~ 年 月 日			

申請者		被保険者との関係	
申請者住所	〒 電話番号: 携帯 ・ 自宅		
提出代行者	該当に○(地域包括支援センター・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・介護医療院)		

主治医	主治医の氏名		医療機関名	
	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

特定疾病名	
-------	--

※同意に関する事項(同意される場合は□内にレ点を記載し、署名をお願いします。)

- 私は、介護サービス計画または介護予防サービス計画を作成するため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地域包括支援センター、居宅介護支援事業者もしくは介護保険施設の関係人に提示することに同意します。
- 私は、更新申請について、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。
- 私は、市が認定調査を居宅介護支援事業所等に委託したときは、その調査に必要な住所、氏名、連絡先等の事項を当該委託先に提示することに同意します。

本人氏名: _____ 代筆者氏名: _____ 本人との続柄 _____

お問い合わせ時間: 平日 午前8時30分 から 午後5時まで (正午から午後1時までの昼休みを除く。)

訪問調査連絡表

新規 更新 区分変更 要支援者の要介護新規申請

転入継続 住所地特例退所 適用除外施設退所
65歳到達(介護扶助終了) その他

40歳以上65歳未満の被保険者の申請は健康保険証が必要です。

持参有 / 持参無 (持参後の受付となります。ご確認をお忘れなく!)
歳 不要(65歳以上のため)

1. 訪問調査の希望の曜日・時間帯や訪問調査場所についてご記入ください。

※希望曜日・時間等に“○印”を付けてください。

[★調査日時等はご希望に添えない場合があります。ご了承ください]

調査可能な曜日	月	火	水	木	金	いつの曜日でも可	
調査可能な時間帯	9時30分～		11時～		13時30分～		15時～
	上記の時間帯いつでも可						
都合の悪い日・時間帯							
キャンセル対応	他の方の調査にキャンセルが出た場合の日程調整： <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可						
訪問調査場所	<input type="checkbox"/> 自宅						
	<input type="checkbox"/> その他(具体的な場所、施設名等) 部屋番号						

透析の有無	
無 有 →	月 火 水 木 金
退院の予定日	
	年 月 日 予定
転院の有無	
無 有 →	年 月 日 頃
転院先:	
	調整中

2. 訪問調査における立会者氏名及び日時調整連絡先についてご記入ください。

※調査対象者の日常生活の状況をよく知っている方(なるべく家族)の立ち会いをお願いします。

訪問調査日の前日までに、浦添市担当者または委託先の調査員から時間・場所の再確認の電話をします。

立会者氏名	続柄	立会い	電話番号
	<input type="checkbox"/> 日時調整連絡先	可 不可	携帯: 事業所・自宅:
	<input type="checkbox"/> 日時調整連絡先	可 不可	携帯: 事業所・自宅:
	<input type="checkbox"/> 日時調整連絡先	可 不可	携帯: 事業所・自宅:

3. 調査時に調査員が公用車を駐車する場所がありますか? ※※路上駐車は除きます※※

<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 自宅内車庫 <input type="checkbox"/> その他(具体的な場所)
<input type="checkbox"/> コインパーキング	<input type="checkbox"/> 施設内[] <input type="checkbox"/> 施設外[徒歩 分]
<input type="checkbox"/> ない	

4. 現在利用しているサービス、または利用したいサービスはありますか?

<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 利用したい	<input type="checkbox"/> 利用していない
<input type="checkbox"/> デイサービス/デイケア(回/週: 曜日) <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 施設入所		
<input type="checkbox"/> その他		

5. 主治医意見書の記載について医療機関等への確認はお済みですか?

済 未(ご確認をお願いします。)

6. 主治医として記入した医療機関への最近の通院(往診)状況をご記入ください。

<input type="checkbox"/> 定期的に通院している	最終受診日: 年 月 日 (回 / 週・月)
<input type="checkbox"/> 受診を予定している	受診予定日: 年 月 日
<input type="checkbox"/> 定期的に通院していない	

7. 訪問調査時において『注意して欲しい事』や『要望』等があればご記入ください。また、『介護の手間がかかるところ』についても併せてご記入ください。

・歩行(できる・つかまれば可・できない) ・トイレ(介助なし・一部介助・全介助)
・意思疎通(できる・ときどきできる・ほとんどできない・できない) ・認知症(なし・少しあり・あり)

※受付簿	<input type="checkbox"/> 個人番号確認 ※市役所記入欄
	<input type="checkbox"/> 代理権確認(確認したものに○) 委任状・介護保険証・その他() <input type="checkbox"/> 身元確認(確認したものに○) 個人番号カード・運転免許証・介護支援専門員証・ その他()
受付者:	<input type="checkbox"/> システム入力済 <input type="checkbox"/> 主治医意見書出力済