

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

鹿嶋市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 者	介護保険 被保険者番号		個人番号										
	医 療 保 険	保険者名	保険者番号										
		被保険者 記号・番号	記号	番号					枝番				
	フリガナ		生年月日					明・大・昭	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				
			有効期限 平成・令和 年 月 日から令和 年 月 日										
			※14日以内 に他自治体 から転入し た者のみ記 入	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。 （既に認定結果通知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 ・ いいえ 「はい」の場合、申請日 令和 年 月 日									
過去6月間の 介護保険施設、 医療機関等への 入院、入所の 有無		介護保険施設等の名称等・所在地					期間 年 月 日～年 月 日						
		介護保険施設等の名称等・所在地					期間 年 月 日～年 月 日						
		医療機関等の名称等・所在地					期間 年 月 日～年 月 日						
有 ・ 無		医療機関等の名称等・所在地					期間 年 月 日～年 月 日						

提 出 代 行 者	名 称	該当に○（地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院）									
	住 所	〒									
		電話番号									

主 治 医	主治医の氏名	医療機関名									
	所 在 地	〒									
		電話番号									

第二号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

特定疾病名										
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書、鹿嶋市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、鹿嶋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、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する（地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。）ことに同意します。

※裏面も必ず記入してください。

本人氏名 _____

※太枠内を記入してください

<p>1 窓口に来た人 (代行申請は記入不要) ※本人と同居でない場合 記入してください</p>	<p>(氏名) (本人との関係) ※(住所) ※(電話)</p>	
<p>2 認定調査の連絡先 平日の午前 9 時から午後 4 時に連絡が取れる番号 を記入してください</p>	<p>(氏名) (本人との関係) (電話1) (電話2) ※左記時間帯に連絡が取れるよう、携帯電話等を記入してください。</p>	
<p>3 調査立会</p>	<p>有 無 立会者氏名() ※「無」を選択した場合は、施設と連絡調整のうえ訪問調査を実施します。 ご家族には、調査に不足があると判断した場合のみご連絡致します。</p>	
<p>4 現在の様子</p>	<p>① 家族構成</p>	<p>一人暮らし・夫婦二人暮らし・本人含む()人暮らし 日中独居になりますか はい ・ いいえ</p>
	<p>② 身体の様子</p>	<p>主な病気() ●歩行: 自立 ・ 杖歩行 ・ シルバーカー ・ つたい歩き ・ 車イス ・ 寝たきり ・ その他 ●排泄: 自力 ・ その他() ●聴力: 普通 ・ やや遠い ・ 遠い ・ 聞こえない ●視力: 普通 ・ 見えにくい</p>
	<p>③ 認知症状</p>	<p>有 無</p>
	<p>④ 現在の状況</p>	<p>●自宅 ・ 自宅以外() ●入院中 ・ 入所中 ●病院・施設名() ※入院中の方は下記も記入願います ●入院の原因となった病気() ●病室(病棟 号室) ●入院日(年 月 日～) ●退院の予定 未定 ・ 有()</p>
	<p>⑤ 受診について</p>	<p>●最終受診日(年 月 日) ●次回受診日(年 月 日)</p>
<p>5 サービス利用について ★ 新規申請の方 (希望されるサービスを○で囲んでください) 訪問介護 ・ 訪問入浴 ・ デイサービス ・ 通所リハビリ ・ 施設入所 福祉用具 ・ 住宅改修 ・ その他() ★ 更新申請の方 (いずれかを○で囲んでください) サービスの利用について している ・ していない</p>		
<p>6 申請理由 (現在お困りのこと)</p>		
<p>7 担当ケアマネジャー ※担当ケアマネジャー未決定の場合は記入不要 事業所名 () 担当ケアマネジャー氏名 ()</p>		