

介護保険 [要介護認定・要支援認定] 申請書

古河市長宛て
次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被 保 険 者	被保険者番号		個人番号	
	医療 保 険	保険者名	保険者番号	
		被保険者証	記号	番号
	フリガナ	生年月日		明・大・昭 年 月 日
	氏名	性 別		男 ・ 女
	住 所	〒 3 0 6 ー 古河市 電話番号 ー ー		
	緊 急 時 連 絡 先 (調査時立会い)	フリガナ	続 柄	
		氏 名		
		住 所		
		電話番号		
介護保険施設等 入所・入院の有無 (短期入所除く) 有 ・ 無	入所・入院施設名 (部屋番号)			
	所在地・電話番号 〒 電話番号 ー ー			
	入所・入院日	年 月 日	退所・退院予定日	年 月 日・未定

申請者氏名		続 柄
提 出 代 行 者	事業所名 代行者氏名	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) 代行者氏名
	所在地・電話番号	〒 電話番号 ー ー

主 治 医 (かかりつけ医師)	医療機関名	主治医の氏名
	受診科名	内科・外科・整形外科・その他 ()
	次回診察日	年 月 日 最終・予定
	所在地	〒 電話番号 ー ー

第 2 号被保険者 (40 歳から 64 歳までの医療保険加入者) のみ記入 ※必ず健康保険被保険者証を添付してください。

特定疾病名	
-------	--

介護サービス計画又は介護予防サービス計画の作成及び地域支援事業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古河市から居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、地域包括支援センター、介護保険施設の関係人、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。

被保険者証預かり

本人氏名

※ 必ず介護保険被保険者証を添付してください。

介護保険申請書 補助用紙 (下記の事項についてご記入ください)

1. 本人の現在のお身体の状態について、ご記入ください。(該当する部分に○をつけてください)

(1) 身体の状態

① 主な診断名【 ※ 診断名が分からない場合、現在の状況をお書きください
現在の状況]

② 麻痺など 【 なし ・ 四肢 ・ 右半身 ・ 左半身 ・ 下肢 ・ その他 ()】

③ 歩行 【 何も使わない ・ 杖や押し車を使用 ・ 壁や家具をつたう
歩けない (這っている ・ 車椅子を使用)】

④ 食事 【 1人で食べられる ・ 一部を介助者が食べさせる ・ 全てを介助者が食べさせる
・ 食べていない ・ 管から栄養剤を注入]

⑤ 洗身 【 1人で洗える ・ 足先や背中は介助者 ・ 全身を介助者が洗う ・ 入浴していない]

⑥ 排泄 【 1人でできる ・ 一部を介助者が介助 ・ 全て介助者が介助]
※排泄とは、ズボンや下着の上げ下げ、拭き取り、尿便の流し、オムツ交換のことです。

⑦ 視力 【 特に問題なし ・ 見えにくい (右目 ・ 左目) ・ 見えない (右目 ・ 左目)]

聴力 【 特に問題なし ・ 聞こえにくい (右耳 ・ 左耳) ・ 補聴器の使用 (無 ・ 有)
・ 聞こえない]

(2) 認知の状況

① 問題行動 なし ・ あり 【 暴行 ・ 徘徊 ・ 介護抵抗 ・ 昼夜逆転 ・ 火の不始末 ・ 物忘れ ・ その他]

② 具体例

(3) 特別な医療 なし ・ あり 【 点滴 ・ 人工透析 ・ カテーテル (尿の管) ・ ストーマ (人工肛門) ・
痛み止めの注射 ・ 経管栄養 ・ 酸素療法 ・ その他 ()】

2. 現在お困りのこと、また、今後ご利用を考えているサービスをご記入ください。

(1) 現在お困りのこと

(2) 今後ご利用を検討しているサービス

3. 訪問調査の日時の調整に関してお尋ねします。

(1) ①調査日程の連絡希望先に○をつけてください。また、②連絡可能な日時について、
ご都合が付きやすい (またはご都合が悪い) 曜日や時間帯をご記入ください。

①連絡希望先 : 自宅 ・ 携帯 ・ その他 ()

②【 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 】の【 午前 ・ 午後 】が都合が【 良い ・ 悪い]
【 いつでもよい]

(2) 調査の立会いに、ご都合が付きやすい (またはご都合が悪い) 曜日や時間帯をご記入ください。
【 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 】の【 午前 ・ 午後 】が都合が【 良い ・ 悪い]
【 いつでもよい]

(3) 向こう1か月の医療機関の入退院、介護施設への入退所の予定の有無についてご記入ください。
なし ・ あり [「あり」の場合: 年 月 日頃]