

# 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

徳之島地区介護保険組合 管理者 殿

申請者：

(伊仙町長 経由) 次のとおり申請します

本人との関係：

読みにくい氏名もあるので、必ずフリガナも

被 保 険 者	被保険者番号																	申請年月日	平成		年		月		日					
	個人番号																													
	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																
	前回の要介護認定に結果等 ※介護・要支援更新認定場合のみ記入	要介護状態区分												1	2	3	4	5	要支援		1	2								
		有効期間												平成		年		月		日	～	平成		年		月		日		
	過去6ヶ月の 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		

提出 代 行 者	名称	該当に○ (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・指定介護療養型医療施設)																					
	住所	〒												電話番号									

今現在、利用している医療機関(意見書の依頼をする為)

主治 医	主治医の氏名													医療機関名					
	所在地	〒												電話番号					

主治医が島外の場合は、受診科(か)も明記すること!

2号保険者 (40歳から64歳の医療保険加入者)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居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人に提示することに同意します。

本人又は申請代理人氏名(自署):

# 介護保険申請書の添付資料

※ 「調査ができる状況」になってから申請してください。

記入 年月日	平成 年 月 日	記入者 氏名																								
本人氏名			電話番号																							
現在の状況	<p>1 在宅（一人暮らし・高齢者夫婦世帯・その他同居者あり）</p> <p>2 入居中（施設名）</p> <p>3 入院中（医療機関名 <span style="float: right;">病棟名</span>）</p> <p>4 入院期間（平成 年 月 日～ 年 月 日）</p> <p>5 状態は（安定・不安定）</p> <p>6 通所サービス利用日（月・火・水・木・金）○をして下さい。</p> <p>※退院又は介護療養型病棟へ転院・転床予定のない方、病状不安定の方の申請はお控えください</p>																									
調査に当たっての留意点	<p>1 家族等、調査の際に立会いをされる方はいますか。</p> <p style="margin-left: 40px;">・本人との電話連絡（可能・やや問題あり・できない）</p> <p>① なし</p> <p style="margin-left: 40px;">・本人との意思疎通（可能・やや問題あり・できない）</p> <p>② あり <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">必ず連絡できる人を記入！可能な限りの電話番号(携帯・自宅・職場等)</span></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 5%;"></th> <th style="width: 35%;">氏名</th> <th style="width: 10%;">続柄</th> <th style="width: 30%;">電話番号</th> <th style="width: 20%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td rowspan="3" style="vertical-align: middle;">⇒8:30～17:00 までの時間に連絡 の取りやすい連絡 先を記入。</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 10px;">病院や調査員が連絡が取れずに困ることがないように声かけしてください！</p> <p>2 調査上の注意点 該当するものに○をつけて空欄に具体的に記入してください。</p> <p>① 骨折や転倒をしやすい</p> <p>② 日内変動がある</p> <p>③ 特殊な薬物を使用している</p> <p>④ 島口でないと通じない</p> <p>⑤ 認知症状がある</p> <p>⑥ その他</p> <p>3 担当の居宅介護支援事業所</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 30%;">事業者名</td> <td></td> <td style="width: 30%;">ケアマネージャ氏名</td> <td></td> </tr> </table>					氏名	続柄	電話番号		1				⇒8:30～17:00 までの時間に連絡 の取りやすい連絡 先を記入。	2				3				事業者名		ケアマネージャ氏名	
	氏名	続柄	電話番号																							
1				⇒8:30～17:00 までの時間に連絡 の取りやすい連絡 先を記入。																						
2																										
3																										
事業者名		ケアマネージャ氏名																								