

栃木県下野市長

坂村 哲也 様

該当するものに☑をしてください

申請年月日

次のとおり申請します。

新規 更新 要支援からの新規申請 転入 区分変更

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									
		被保険者番号	記号	番号						枝番		
	フリガナ		性別						男 ・ 女			
	氏 名		生年月日						(歳)			
	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・区分変更の場合 のみ記入	要介護状態	要支援 1 ・ 2	要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5								
		有効期間	令和 年 月 日 ~ 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 [] 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 年 月 日									
	過去6か月間の介護 保険施設、医療機関 等への入院・入所の 有無(○を)	入院・入所施設名 <input type="checkbox"/> 現在も入院・入所中 <input type="checkbox"/> 現在は在宅						入院・入所の期間				
有 ・ 無	所在地											
申 請 者 (提 出 代 行 者)	氏名 (名称)	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・介護医療院)個人の方はフリガナを記載 担当者名()										
	住所	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ 〒 電話番号										
主 治 医	氏名	診療科(科)	医療機関名			直近の受診日: 月 日						
	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 ※医療保険証の写しを添付

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、下野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若しくは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。

また、更新申請について、有効期間内に要介護認定を行うことができる場合、延期通知の省略に同意します。

本人氏名： _____ 家族氏名(代筆の場合)： _____ (続柄： _____)

※家族の方が記入する場合、本人と家族の氏名を両方ご記入ください。

認定を受ける方の状況や訪問調査等の確認のため、以下の連絡票の記載をお願いいたします。
 続柄は、申請者本人からみた関係をご記入ください。

申請者連絡票

申請者の 居住場所等	<input type="checkbox"/> 在宅	自宅（独居・家族と同居： 人 ※主介護者の続柄（ ）・その他（ ）					
	<input type="checkbox"/> 施設	施設名	<input type="checkbox"/> 表面の申請書と同じ			施設所在地	
	<input type="checkbox"/> 入院中	病院名	<input type="checkbox"/> 表面の申請書と同じ			病院所在地	
		入院理由					
		入院中の状況	安静	ベッド上・車いす・歩行器・独歩可能		病棟・病室	
リハビリの有無			無・有（ ）		手術予定	無・有（ / ）	
	退院予定日		退院後の予定	自宅・転院（ ）・施設			
身体状況	新規申請の方	日常生活において見守り・介助を必要とすることについてご記入ください。					
	<input type="checkbox"/> 食事	<input type="checkbox"/> 歩行	<input type="checkbox"/> 排泄	<input type="checkbox"/> 入浴	<input type="checkbox"/> その他（ ）		
	認知症状	無・有（ ）・不明			認知症診断	無・有	
申請理由	※更新の方は、前回の調査時より状態の変化がある場合のみご記入ください。 ※新規・区分変更の方は、必ず申請理由をご記入ください。						
介護サービスについて	※新規申請の方は、希望するサービスのご記入をお願いします。 ※更新・区分変更の方は、現在、利用中のサービス事業所名と利用曜日のご記入をお願いします。						
	通所サービス	<input type="checkbox"/> デイサービス	月 火 水 木 金 土 日（事業所名： ）				
		<input type="checkbox"/> 通所リハビリ	月 火 水 木 金 土 日（事業所名： ）				
		<input type="checkbox"/> ショートステイ	月 火 水 木 金 土 日（事業所名： ）				
	訪問サービス	<input type="checkbox"/> ヘルパー	月 火 水 木 金 土 日（事業所名： ）				
		<input type="checkbox"/> 訪問看護	月 火 水 木 金 土 日（事業所名： ）				
		<input type="checkbox"/> 訪問入浴	月 火 水 木 金 土 日（事業所名： ）				
	施設サービス	<input type="checkbox"/> 介護保険施設 （特別養護老人ホーム・介護老人保健施設・グループホーム等）	<input type="checkbox"/> 表面の申請書と同じ （施設名： ）				
	<input type="checkbox"/> その他の施設 （サービス付き高齢者住宅・有料老人ホーム・ケアハウス等）	<input type="checkbox"/> 表面の申請書と同じ （施設名： ）					
その他	<input type="checkbox"/> 住宅改修	手すり・段差解消・床の変更・扉の取替・便器の取替・その他（ ）					
	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与または購入	品目（ ）					
	<input type="checkbox"/> その他						
認定調査予約連絡者	※認定調査時は、家族の同席をお願いしております。 施設入所中の場合は、施設職員等から話をお聞きして調査を行うことも可能です。						
	同席の有無	同席する ・ 同席しない					
	※認定調査は平日午前9時から10時、午後1時30分から午後2時30分くらいが調査開始時間となります。 ※認定調査の日程調整を調査員より連絡します。優先順に連絡先をご記入ください。 また施設職員やケアマネジャーが同席する場合は、担当者名と電話番号をご記入ください。 ※電話番号は、平日8時30分から16時30分の間に連絡がつきやすい電話番号をお願いします。						
	連絡先	①氏名	<input type="checkbox"/> 表面の申請者と同じ	続柄（ ）		電話番号	
		②氏名	<input type="checkbox"/> 表面の申請者と同じ	続柄（ ）		電話番号	
	★連絡がつきやすい時間帯・曜日等：いつでも可・午前・午後・着信あればかけ直す その他（ ）						
備考欄	<input type="checkbox"/> 資格者証発行：済 ・ 未 → <input type="checkbox"/> 調査時に被保険者証預かり 対応者（ ） <input type="checkbox"/> ケアマネ調査立会						