

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

沖縄県介護保険広域連合長 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	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				
					「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							
有 ・ 無														
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)											
	住 所		〒 電話番号： 携帯 ・ 自宅											
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														

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、沖縄県介護保険広域連合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、沖縄県介護保険広域連合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。

本人氏名:

代筆者氏名:

本人との続柄

申請者氏名	被保険者との関係				連絡先	— —				
被保険者氏名	被保険者番号(10桁)	00								

下記内容について、お答えください。

①申請理由について あてはまるものに☑をつけてください。

申請をすすめられた。(地域包括支援センター ケアマネジャー 家族(親族) 病院等の相談員)
心身機能の低下(変化)や状態改善のため(理由を記入ください。例 入退院後身体状況が悪化、認知機能の低下、リハビリにより歩行等が回復した)
その他

介護サービス等を利用するため(継続で利用したいため)
 希望(継続)する介護保険サービスについて ※イメージがない場合は空白で構いません。※利用中のサービスに☑を曜日などに○を記入して下さい。

訪問介護、訪問入浴 通所サービス(デイサービス、デイケア) ショートステイ 訪問リハビリ
 (月・火・水・木・金・土・日) (月・火・水・木・金・土・日) (月・火・水・木・金・土・日) (月・火・水・木・金・土・日)
介護保険施設への入所 住宅改修 福祉用具(杖・歩行器・車いす・電動ベッド) その他()

②訪問調査時について

立会予定者	ふりがな		(続柄)	電話番号	
	氏名		()	- -	
	ふりがな		(続柄)	電話番号	
	氏名		()	- -	
<input type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> ケアプランナー <input type="checkbox"/> 相談員 <input type="checkbox"/> その他()	ふりがな		立ち合いの有無	電話番号	
	氏名		有・無	- -	
訪問調査場所	自宅 ・ 自宅以外	※病院や介護保険施設などの名称及び住所等			
調査可能曜日	月 火 水 木 金	いつでも可	時間帯	午前 ・ 午後	左記の時間帯いつでも可
透析の有無 (有の方は右記入)	無 ・ 有	月 火 水 木 金	入院の場合 理由(病名等)	※退院予定 月 日 ・ 未定	ガン末期の場合は告知の有無 有 ・ 無
調査員の 駐車場所 (有の方は右記入)	無 ・ 有	<input type="checkbox"/> 自宅内車庫(敷地) <input type="checkbox"/> コインパーキング		<input type="checkbox"/> その他 () (具体的な場所)	

③調査の際に配慮してほしいことなどがありましたらご記入ください。

例) 耳が聞こえにくいので、大きな声でお願いしたい。ガン末期のため、調査を早めてほしい。(本人に告知済み) 認知症について本人に伝えないでほしい。

意思疎通(できる ・ ととききできる ・ ほとんどできない ・ できない) 認知症(なし ・ 少しあり ・ あり)
 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) 食事(介助なし ・ 一部介助 ・ 全介助)

担当者印	市 町 村		
	電算入力処理	主治医確認	被保険者証回収

市町村受付印

広域受付印