

様式第5号(第12条関係)

介護保険要介護・要支援認定申請書
(新規 ・ 更新 ・ 区分変更 ・ 転入)

名護市長 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		00		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			性 別		男 ・ 女		
	氏 名			生 年 月 日		明・大・昭 年 月 日		
	住 所			〒				
				電話番号				
	前回の要介護認 定の結果等		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 年 月 日から			年 月 日まで		
	※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。該当に○をしてください。 (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)			
		はい → 申請日 年 月 日			いいえ			
申請の理由								
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		介護保険施設の名称・所在地			期間			
		医療機関等の名称・所在地			期間			
有 ・ 無					年 月 日～ 年 月 日			

申 請 者	氏 名			被保険者との 関 係	
	住 所			〒	
			電話番号		
提 出 代 行 者		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、その他)			
		電話番号 (担当者：)			

主 治 医 意見書 郵送・手渡し	医療機関名		主治医の 氏名	
	所 在 地		〒	
		電話番号		

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

特 定 疾 病 名	
-----------	--

※同意に関する事項(同意される場合は署名をお願いします。)

私は、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名護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、及び更新申請について、有効期間内に要介護認定を行えるのであれば申請日から30日を超えた場合に名護市からの延期通知を省略することに同意します。

本人氏名

代筆者氏名

本人と
の関係

訪問調査連絡票

はじめに

要介護・要支援認定のために自宅等を訪問して、介護を必要とする方の心身の状態についてお聞きします。円滑に調査を行うために必要な事項ですので、御記入をお願いいたします。

1 調査日程について

- ・ 1時間程度の調査になります。
- ・ 訪問調査は平日（月～金）の午前9時30～、午前11時～、午後1時～、午後2時30分～のいずれかに行います。
- ・ 午後2時30分～の調査は原則、市内医療機関入院中の方に限ります。

ご都合の良い曜日・時間帯に○を付けてください。		透析の有無
調査可能な曜日	月・火・水・木・金・いつでも可	有・無 (月 火 水 木 金)
時間帯	午前・午後・いつでも可	
調査場所	自宅・自宅外 ()	
キャンセル対応	調査予定日よりも、前の日程でキャンセルが出た場合、御案内は可能ですか？	可能・不可

1-2

調査時に調査員が公用車を駐車するスペースはありますか？	
はい	敷地内・その他 ()
なし	

2 サービスの利用状況について（利用中の方のみ）

<input type="checkbox"/> デイサービス ()	<input type="checkbox"/> 曜日 ()	<input type="checkbox"/> 住宅改修
<input type="checkbox"/> 訪問介護・看護 ()	<input type="checkbox"/> 曜日 ()	<input type="checkbox"/> 福祉用具のレンタル
<input type="checkbox"/> デイケア ()	<input type="checkbox"/> 曜日 ()	<input type="checkbox"/> グループホーム・小規模ホームなど
<input type="checkbox"/> ショートステイ ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> 施設入所

3 訪問調査時に立ち会われる家族の方の連絡先

※8：30～17：00の間、確実に連絡のとれる連絡先を記入してください。

(ふりがな) 氏名	続柄	電話番号①	電話番号②	連絡がとりやすい時間帯
				時 ～ 時
				時 ～ 時

4 主治医意見書の依頼先医療機関への通院（住診）の状況について

<input type="checkbox"/> 定期的に受診している	最終診察日： 年 月
<input type="checkbox"/> 定期的に受診していない	
<input type="checkbox"/> 受診を予定している	受診予定日： 年 月

5 認定調査時に注意して欲しいことや要望等があれば御記入ください。

調査員（女性・男性・どちらでも可）

【介護長寿課確認欄】

居宅 情報 送付先の確認