

第5号様式

介護保険（要介護（要支援）認定・要介護（要支援）更新認定・区分変更認定）申請書

申請年月日 年 月 日

(宛先) 綾 瀬 市 長
次のとおり申請します。

要介護度区分の変更	該当 ・ 非該当
-----------	----------

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 記号・番号	記 号										番 号						枝 番					
	フリガナ											生年月日	明・大・昭					年	月	日				
	氏 名											性 別	男 ・ 女											
	住 所		〒252- 綾瀬市																					
			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												
												有効期間 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。 (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）												
入 院 又 は 入 所 さ れ て い る 方		施 設 名									(病棟 階 号室)													
		所 在 地									〒													
											電話番号 ()													
		退院・退所予定日									年 月 日 / 未定													

提 出 代 行 者	名 称 又は 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・その他介護（予防）サービス事業者) 被保険者との関係 ()	私は、左記の提出代行者に申請手続きの代行を依 頼しました。 被保険者氏名 （認定を受けようとしている人）
	住 所	〒	
		電話番号 ()	

主治医	主治医の氏名		医 療 機 関 名	
	所 在 地	〒		
		電話番号 ()		

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、綾瀬市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、綾瀬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、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

注) この同意がなくても申請には差し支えありません。その場合、介護サービス計画を作成するために必要な情報は、被保険者の方が直接提供してください。

* 4 0 歳から 6 4 歳（第2号被保険者）の方のみ記入してください。

特定疾病名	
-------	--

認定調査連絡票 【☐新規 ☐区分変更(月 日付) ☐更新 ☐事業対象から要介護(支援)認定申請】
認定調査を円滑に実施するために、下記枠内のご記入をお願いいたします。なお、こちらの連絡票の写しを、認定調査実施のために、綾瀬市または市が委託する事業所の認定調査員に対して提供します。

1 申請理由(複数選択可)								
区分変更の理由	※区分変更の場合のみ記載(例:歩行ができなくなった、認知症進行による家族負担増 等)							
	※何の介護サービスの増回等が必要なのか ☐ 通所介護 ☐ 訪問介護・看護 ☐ ショートステイ ☐ 施設入所							
きっかけ	☐ 本人が決めた ☐ 家族が決めた ☐ 介護関係の事業者の紹介 ☐ 病院に勧められた(医師・看護師・相談員〔 〕) ☐ 知人の紹介							
困りごと	☐ 身体能力低下(入浴、排泄、食事) ☐ 移動能力低下(屋外・屋内) ☐ 家族の介護負担が大きい ☐ 家事(調理、買い物、掃除等) ☐ 物忘れ等の認知機能低下 ☐ 感情不安定 ☐ 幻覚 ☐ 幻聴 ☐ 同じ話を繰り返す ☐ 暴力 ☐ 暴言 ☐ 作話 ☐ 被害的 ☐ 収集癖 ☐ 介護拒否 ☐ 異食 ☐ 排泄に関すること ☐ 物を隠す ☐ 閉じこもり ☐ 外出して戻れない ☐ その他()							
介護が必要な理由	【 ☐ 交通事故/ ☐ 労災】 ☐ 脳血管疾患(麻痺: ☐ あり ☐ なし) ☐ 骨折・転倒 ☐ 認知症(☐ アルツハイマー型 ☐ レビー小体型 ☐ 脳血管性 ☐ 前頭側頭型) ☐ 精神疾患 ☐ 高次脳機能障害 ☐ 水頭症 ☐ 高齢による衰弱 ☐ 呼吸器疾患 ☐ 関節疾患 ☐ 心疾患 ☐ がん【ステージ (告知: ☐ あり ☐ なし)】 ☐ その他() ※上記はいつから: 年 月 日 前回の受診日: 年 月 日 次回の受診日: 年 月 日							
2 調査等について								
病名	既往歴: 現病歴:							
生活状況	☐ 一人暮らし ☐ 配偶者と二人暮らし ☐ 家族と同居 ☐ その他()							
日常生活	歩行【 ☐ 自立 ☐ 一部介助(杖・掴まり・シルバーカー) ☐ 介助(車椅子・寝たきり)】 排泄【 ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 介助】 食事【 ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 介助】 入浴【 ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 介助】 衣服の着脱【 ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 介助】 同居家族【 ☐ 要介護者(氏名:) ☐ 障害者(身体・知的・精神)(氏名:)】							
調査場所	☐ 病院 ☐ 施設 ☐ 現住所 ☐ その他() ↓ ※入院(所)日(年 月 日)							
	病院名	☐ 表面医療機関と同様 / 病院						
	診断名・手術予定	/ ☐ あり(時期: 年 月 日) ☐ なし						
	転院予定	☐ あり(時期:)  転院先 病院 ☐ なし ☐ 未定						
調査日程の調整連絡先	ふりがな		続柄	電 話	* 平日の日中に連絡が取れる連絡先			
	氏名							
連絡のつきやすい曜日・時間帯: 月・火・水・木・金 / 時 分 ~ 時 分								
調査立会者	☐ 上記、調査日程の調整連絡先の方 ☐ その他家族(続柄:) ☐ 病院・施設職員 ☐ 担当ケアマネジャー() ☐ 立会い者なし							
調査車両の駐車場所	敷地内(☐ あり ☐ なし) ※調査員の車を停める駐車場の有無について記入してください。 ※なしの場合、最寄り駐車可能場所(※店舗等民間施設以外)							
3 要介護認定結果(申請から 30 日前後)が出る前の介護サービス利用について(新規、区分変更のみ)								
☐ 結果が出る前に、すぐにサービスが必要(緊急な状態)				地域包括支援センターもしくは居宅介護支援				
☐ 結果が出てからでよい ☐ 必要時に利用する予定				事業所への相談 ☐ あり ☐ なし				
4 現在使っている介護サービスと新たに希望するサービス								
☐ 訪問介護(ヘルパー) ☐ 訪問看護 ☐ 訪問診療 ☐ 通所介護(デイサービス) ☐ リハビリ(訪問・通所) ☐ 短期入所(ショートステイ) ☐ 施設入所 ☐ 福祉用具 ☐ 住宅改修 ※現在使っている介護サービスには✓を、これから新たに希望するサービスには○をつけてください。								
5 現在利用しているサービスの利用の曜日								
利用サービス種類 ☐ デイ ☐ 訪問(ヘルパー・看護) ☐ ショート		月	火	水	木	金	土	日
		AM/PM	AM/PM	AM/PM	AM/PM	AM/PM	AM/PM	AM/PM
市記入欄								
☐ 被保険者証添付 ☐ 再交付申請書添付 ☐ 資格者証交付済 ☐ 納付確認済 ☐ 家族の同時申請あり								