

酒田市長 宛

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被 保 険 者	被保険者番号		個人番号		
	フリガナ		生年月日	年 月 日	
	氏名		性別		
	住所	郵便番号	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。 (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月間の介護保険施設、医療機関等の入所、入院の有無	介護保険施設の名称等・所在地	期間	年 月 日から 年 月 日まで	
		介護保険施設の名称等・所在地	期間	年 月 日から 年 月 日まで	
		医療機関等の名称等・所在地	期間	年 月 日から 年 月 日まで	
有 ・ 無		医療機関等の名称等・所在地	期間 年 月 日から 年 月 日まで		

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、介護医療院) ㊟
	住所	郵便番号 電話番号

主治医	主治医の氏名	医療機関名
	所在地	郵便番号 電話番号

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

医療保険者名	保険者番号	
	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本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。

本人氏名 _____

代筆者 _____ (続柄: _____)

現況確認表（受付者、代行申請事業所記入用）

1 担当地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・介護保険施設	被保険者番号	
	被保険者名	

地域包括支援センター名 居宅介護支援事業者名 又は介護保険施設名			
担当の介護支援専門員名 (ケアマネージャー氏名)		連絡先	()

2 現在の状況

<input type="checkbox"/> 在宅（単身世帯・高齢者世帯・同居者あり（他__人）） <input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> その他_____			
<input type="checkbox"/> 入院中（医療機関名：_____） （病状は <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定） 退院後の予定 <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設入所・転院等 施設名：_____ 病院名：_____	入院中 _____ 年 月 日～） 退院予定日 _____ 年 月 日頃） ※病棟（階数・部屋番号）_____		
<input type="checkbox"/> その他_____			

3 サービス利用(希望)状況等

※ サービスの回数は月単位で記入

<input type="checkbox"/> 訪問介護（ 回）（曜日： ）	<input type="checkbox"/> 訪問入浴（ 回）	<input type="checkbox"/> 訪問看護（ 回）	<input type="checkbox"/> 訪問リハ（ 回）
<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導（ 回）	<input type="checkbox"/> 通所介護（ 回）（曜日： ）	<input type="checkbox"/> 通所リハ（ 回）（曜日： ）	
<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与（ 品目）	<input type="checkbox"/> 福祉用具購入（ 品目）	<input type="checkbox"/> 住宅改修（有・無）	<input type="checkbox"/> 短期入所（ 日）
<input type="checkbox"/> グループホーム（ 日）	<input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護（ 日）		
<input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護（ 日）	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護（ 日）	<input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護	
<input type="checkbox"/> 老人福祉施設（ 日）	<input type="checkbox"/> 老人保健施設（ 日）	<input type="checkbox"/> 療養型医療施設（ 日）	<input type="checkbox"/> 介護医療院（ 日）

4 主治医への受診状況

・ サービスを利用するうえで主たる要因となっている疾病名：_____	
・ 医療機関名：_____	
・ 最終診察日： _____ 年 月 日（ <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 入院時）	<input type="checkbox"/> 新規受診予定 （診断命令書 <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要）

5 訪問調査時、その他緊急時連絡先

住所 _____	【連絡時間帯】
氏名 _____ 被保険者との続柄： _____	
連絡先（日中の連絡可能先 <input type="checkbox"/> 自宅（ ）－ 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先等（ ）－ (名称：)	

6 通知書、被保険者証郵送先

--

7 その他特記すべき事項(現在の状況、今後の希望等)

※訪問希望日時・曜日、調査時の立会い者： 訪問調査先の駐車場の有無： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ※認知症の有無：

※ 認定調査実施事業所・施設【酒田市記入欄】

事業所名		備考	<input type="checkbox"/> 有
施設名			<input type="checkbox"/> 無