

酒田市長 宛

次のとおり申請します。

申請年月日

年

月

日

|                  |   |       |                          |  |  |  |  |  |    |  |  |  |                      |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------|---|-------|--------------------------|--|--|--|--|--|----|--|--|--|----------------------|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 被<br>保<br>険<br>者 | 介護保険<br>被保険者番号                              |       |                          |  |  |  |  |  |    |  |  |  | 個人番号                 |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | 医<br>療<br>保<br>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  |       | 郵便番号                     |  |  |  |  |  |    |  |  |  | 電話番号                 |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | 前回の要介護<br>認定の結果等                            |       | 要介護状態区分 1 2 3 4 5 経過的要介護 |  |  |  |  |  |    |  |  |  | 要支援状態区分 1 2          |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | 変更申請の理由                                     |       |                          |  |  |  |  |  |    |  |  |  | 有効期間 年 月 日から 年 月 日まで |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | 過去6月間の介<br>護保険施設、医<br>療機関等の<br>入所、入院の<br>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   |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | 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   |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|                       |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 提<br>出<br>代<br>行<br>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<br>治<br>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

|       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 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）

※ この欄については市役所(各総合支所)または、代行申請者等で記入します。

|  |        |     |
|--|--------|-----|
| 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<br>居宅介護支援事業者名<br>又は介護保険施設名 |        |     |
| 担当の介護支援専門員名<br>(ケアマネージャー氏名)            | 連絡先    | ( ) |

## 2 現在の状況

在宅（単身世帯・高齢者世帯・同居者あり（他\_\_人））
 特養
 老健
 その他\_\_\_\_\_

入院中（医療機関名：\_\_\_\_\_ 入院中 \_\_\_\_\_年 月 日～）  
 （病状は 安定 不安定） 退院予定日 \_\_\_\_\_年 月 日頃  
 退院後の予定 ※病棟（階数・部屋番号） \_\_\_\_\_

在宅  
施設入所・転院等 施設名：\_\_\_\_\_ 病院名：\_\_\_\_\_

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

訪問介護（回）（曜日：\_\_\_\_\_）
 訪問入浴（回）
 訪問看護（回）
 訪問リハ（回）

居宅療養管理指導（回）
 通所介護（回）（曜日：\_\_\_\_\_）
 通所リハ（回）（曜日：\_\_\_\_\_）

福祉用具貸与（品目）
 福祉用具購入（品目）
 住宅改修（有・無）
 短期入所（日）

グループホーム（日）
 特定施設入居者生活介護（日）

認知症対応型通所介護（日）
 小規模多機能型居宅介護（日）
 夜間対応型訪問介護

老人福祉施設（日）
 老人保健施設（日）
 療養型医療施設（日）
 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（通院 往診 入院時）
 新規受診予定  
 （診断命令書 必要 不要）

## 5 訪問調査時、その他緊急時連絡先

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 被保険者との続柄： \_\_\_\_\_

連絡先（日中の連絡可能先 自宅（ ）－ 携帯 \_\_\_\_\_  
勤務先等（ ）－ （名称： \_\_\_\_\_）

【連絡時間帯】

## 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： あり 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 |