

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

該当するほうに○をつける

酒田市長 宛

次のとおり申請します。

申請年月日 令和2年 4月 1日

| | | | | | |
|--------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------------------|---------------------|---|
| 被 保 険 者 | 被保険者番号 | 0 0 0 0 1 2 3 4 5 6 | 個人番号 | | |
| | フリガナ | サカタ オヤジロウ | | 生年月日 | 昭和 2年 3月 4日 |
| | 氏名 | 酒田 親父郎 | | 性別 | 男 |
| | 住所 | 郵便番号 998-8540 酒田市本町2丁目2-45 | 新規申請の場合、記入不要 | 番号 26-5732 | |
| | 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、転入申請でない場合、記入不要 | 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 |
| | 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 日本海総合病院 | | 期間 | 2年 1月 1日から 2年 3月 1日まで |
| 医療機関等の名称等・所在地 酒田リハビリテーション病院 | | | 期間 | 2年 3月 1日から 2年 月 日まで | |
| 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) | ご家族が代行申請する場合は記入不要 |
| | 住所 | 郵便番号 | 電話番号 |

| | | | | |
|-----|--------|-----------------|---------------------------|---------|
| 主治医 | 主治医の氏名 | 〇〇 xx | 医療機関名 | 日本海総合病院 |
| | 所在地 | 郵便番号 998- 酒田 | 大きい病院の場合、医師の姓名だけでなく、名前も記入 | |

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 | 介護を受ける方が40~64歳までの時に記入 | |

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。

本人と代筆者の氏名を記入。
家族であれば印鑑不要
(施設職員が代筆したときは
本人の印鑑必要)

本人氏名 酒田 親次郎

代筆者 酒田 子太郎

(続柄: 長男)

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 | 地域包括支援センター、居宅介護支援事業所又は介護保険施設の利用がない場合は空欄 | () |
| 担当の介護支援専門員名 (ケアマネージャー氏名) | | |

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：酒田リハビリテーション病院 入院中 2年 3月 1日～）
 （病状は 安定 不安定） 退院予定日 2年 4月20日頃
 退院後の予定 在宅 施設入所・転院等 施設名：_____ 入院中の場合、病棟と部屋番号記入
その他 _____ 新規の場合、回数等は記入不要

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：_____） 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： 脳梗塞
 ・ 医療機関名： 酒田リハビリテーション病院
 ・ 最終診察日： 令和 2年 3月 1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 酒田市本町2- 認定調査に立ち会っていただける方を記入

氏名 酒田 子太郎 被保険者との続柄： _____

連絡先（日中の連絡可能先 自宅（26）- 5732 携帯 000-1111-2222
勤務先等（ ）- （名称： _____）

【連絡時間帯】 平日の17:00頃までを記入

6 通知書、被保険者証郵送先

酒田市本町2丁目2-44 鶴岡 花子

郵送先が申請者住所と異なる場合記入

携帯がある場合、携帯も記入

7 その他特記すべき事項(現在の状況、今後の希望等)

2/2 脳梗塞で日本海病院に救急搬送、現在は医療センターでリハビリ中。右半身マヒあり。歩行、移動、排泄は介助必要。食事は自分で取る事ができる。たまにろれつが回らない時もあるが意思疎通は問題なし。認知症はなく年相応の物忘れ程度

※訪問希望日時・曜日、調査時の立会い者： 酒田 子太郎

訪問調査先の駐車場の有無： あり なし

※認知症の有無： なし

現在の状況の要点を簡単に記入
 ①会話②食事③歩行④認知症⑤希望介護サービス
 上記の5項目を最低限確認し、持病や調査時の介護抵抗等があればそれも追記する

※ 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 |