介護保険　要介護認定・要支援認定申請書

東 北 町 長 殿

申請年月日　　　　　　年　　　月　　日

次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被 保 険 者 | 申請区分（該当に〇） | 新規 | 更新 | 変更 | 介護保険被保険者番号 |  |
| 医療保険 | 保険者名 |  | 保険者番号 |  |
| 被保険者証 | 記号 |  | 番号 |  | 枝番 |  |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 生年月日 |  年 月 日 |
| 氏 名 |  |
| 性 別 | 男 ・ 女 |
| 住 所 | 〒　青森県上北郡東北町 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 |
| ※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 |
| 申請の理由（変更のみ記入） |  |
| 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 | 介護保険施設等の名称等・所在地 | 期間 年 月 日～ 年 月 日 |
| 介護保険施設等の名称等・所在地 | 期間 年 月 日～ 年 月 日 |
| 医療機関等の名称等・所在地 | 期間 年 月 日～ 年 月 日 |
| 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・介護医療院）  |
| 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 |

第二号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）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・要支援認定にかかる調査内容、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、東北町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に同意します。

本人（被保険者）氏名

**認定調査（訪問調査）連絡票**

🔶下記の該当部分□に✓をお願いします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  | 被保険者氏名 |  |
| 前回要介護度（更新申請のみ） | □要支援（　）　□要介護（　）　有効期間 | 年　　月　　日　から |
| 年　　月　　日　まで |
| 申請者 | □本人　□家族 | 氏名関係 | □申請代行者 | 事業所名 |
| TEL |
| 担当者名 |

◎調査日調整のための連絡先

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | 被保険者との関係 |  |
| 電 話 １ |  | 連絡希望時間 |  |
| 電 話 ２（職場または携帯） |  | 連絡希望時間 |  |
| 被保険者が現在いる場所 | □自宅　（　　　　　　　　　　　） |
| □自宅外（　　　　　　　　　　　） |
| 　（入院先等）（住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

◎調査時の留意事項

|  |  |
| --- | --- |
| 調査時同席者の有無 | □有　（氏名　　　　　　　）（被保険者との関係　　　　）（TEL　　　　　　　） |
| □無 |
| ★今回の申請について　　□新規申請　□更新申請　□変更申請★その他特に注意してほしいことを（具体的に）記入してください。 |

★現在受けているサービスの情報・利用曜日・回/W等（含：介護予防サービス）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 訪問介護 |  | 訪問看護 |  |
| 訪問入浴介護 |  | 通所介護 |  |
| 通所ﾘﾊﾋﾞﾘｽﾃｰｼｮﾝ |  | 短期入所療養介護 |  |
| 短期入所生活介護 |  | 福祉用具貸与 |  |
| 居宅療養管理指導 |  | 住宅改修 |  |
| 福祉用具購入 |  | その他 |  |

※不明な点は、東北町役場　高齢介護課　までお問い合わせください。　TEL：0176-56-3111

記載者　　　　　　　　　　　　記入日　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　（本人との関係　　　）

🔶認定のために、介護している方及び本人の状態を把握している方へお尋ねします。

|  |
| --- |
| ここ１ヶ月位の間に日常生活上、困った行動はありませんでしたか。このようなことが（毎日のようにある時は　　　◎）　　（週に１回以上ある時は　　〇）（月に１～３回位ある時は　　△）　　（ない時は　　　　　　　　×）※上記の記号を□に記入してください。 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 意志の伝達 |  | 日常生活の簡単なことを伝達できないことがありますか。（手段は問いませんが、「痛い」「お腹がすいた」「何かが食べたい」等、限定された内容のみの場合は「ほとんどできないと判断」） |
|  | 徘徊 |  | 歩き回る、車椅子で動き回る、床やベットの上で這い回る等、目的もなく動き回る行動がありますか。 |
|  | 戻れない |  | 外出して戻ることができないことがありますか。（自宅・自室・自分の居た場所が分からなくなる） |
|  | 被害的 |  | 実際に取られていない物を盗られたという等、被害的になったりしませんか。 |
|  | 作話 |  | 自分に都合のいいように事実と異なる話をしたり、起こしてしまった失敗をとりつくろうための、ありもしない話をしたりしませんか。 |
|  | 感情の不安定 |  | 悲しみや不安などにより、涙ぐむ、感情的にうめくなどの状況が不自然なほど持続したり、そぐわない場面や状況で突然笑い出す、怒り出す等、場面や目的から著しく逸脱した行動をとったりしませんか。 |
|  | 昼夜逆転 |  | 夜間に何度も目が覚めることがあり、そのため疲労や眠気があり日中は行動できない、もしくは昼と夜の生活が逆転し、通常、日中行われる行為を夜間行っている等の状況にありませんか。 |
|  | 同じ話をする |  | 単に同じ話をするのではなく、場面や目的から著しく逸脱した行動はありますか。 |
|  | 大声をだす |  | 周囲に迷惑となるような大きい声を出しますか。 |
|  | 介護に抵抗 |  | 介助のあらゆる場面で、介護者の手を払ったりするなど、攻撃的な行動はありますか。 |
|  | 落ち着き |  | 施設で「家に帰る」といったり、自宅にいても自分の家であることが分からず、「家に帰る」等といって落ち着きがなくなることがありませんか。 |
|  | 一人で出たがる |  | 「一人で出たがり目が離せない」という行動はありますか。 |
|  | 収集癖 |  | 「いろいろな物を集めたり、無断で持ってくる」等の行動が頻繁にみられますか。（昔からの生活習慣は除く） |
|  | 物・衣類を壊す |  | 「物を壊したり、衣類を破いたりする」行動はみられませんか。 |
|  | ひどい物忘れ |  | 物忘れによって、何らかの迷惑な行動は起こっていませんか。 |
|  | 独り言・独り笑い |  | 場面や状況とは無関係に、（明らかに周囲の状況に合致しないにも関わらず）、独り言をいう・独り笑いをする等の行動が持続したり、あるいは突然にそれらの行動が現れたりしませんか。） |
|  | 自分勝手な行動 |  | 明らかに周囲の状況に合致しない自分勝手な行動はありませんか。（性格的なものは含まない） |
|  | 話がまとまらない |  | 話の内容に一貫性が無い、話題を次々と変える、質問に対してまってく無関係な話が続く等、会話が成立しないことがありませんか。 |

ご協力ありがとうございました