

被保険者番号	0 0 0	個人番号		地区	
--------	-------	------	--	----	--

介護保険要介護（要支援）認定（更新認定）・区分変更申請書

徳島市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

受付印

申請区分	<input type="checkbox"/> 新規申請 <input type="checkbox"/> 更新申請 <input type="checkbox"/> 要支援者・要介護新規申請	<b>要介護者・区分変更申請</b> <input type="checkbox"/> 状態悪化 <input type="checkbox"/> 状態改善 ※申請理由は裏面へ	前回認定結果 <input type="checkbox"/> 要介護（ ） <input type="checkbox"/> 要支援（ ） 有効期限 年 月 日～ 年 月 日	<input type="checkbox"/> 経過的要介護 <input type="checkbox"/> 非該当
------	---	---	---	---

被保険者（対象者）	ふりがな 氏名	男・女	2週間以内に医療機関や介護保険施設・介護保険適用除外施設などに入院または入所していませんか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 期間： 年 月 日～ 年 月 日 退院(予定)日： 年 月 日 入院・入所先： <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 介護保険施設ほか 名称： ※入院の場合は、裏面に入院理由の記載をお願いします。 第三者が原因の交通事故等により介護が必要となった。または、介護の量が増えた。 <input type="checkbox"/> はい（発生日： 年 月 日） <input type="checkbox"/> いいえ
	生年月日 M・T・S 年 月 日（満 歳）		
	住所（住民登録している所） 〒 - - - - -		
調査訪問先（建物名称・室番号まで詳しく） 〒 - - - - -	<input type="checkbox"/> 同上		

提出代行・代理者	被保険者との関係 <input type="checkbox"/> 家族（続柄： ） <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> その他（ ）	氏名又は事業者名称 ※本人の場合は記入不要 住所（所在地） ※本人の場合は記入不要	（事業者の場合）提出者氏名
----------	--	--	---------------

主治医	ふりがな 主治医氏名 （最終診察日 令和 年 月 日）	医療機関名称 所在地 〒 - - - - -
-----	-----------------------------------	---------------------------

医療保険	保険者名 記号	保険者番号 番号 枝番	※2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入 （医療保険情報を必ず記入してください） 特定疾病 疾病コード
------	------------	----------------	--

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、徳島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。

被保険者氏名 左の署名が代筆の場合は、代筆者の続柄（事業者名）・氏名（ゴム印不可）

※被保険者氏名欄に記載がない場合は同意しないものとみなします。

生活保護受給の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	▼以下、事務処理欄のため記入不要▼							
サービス利用の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> CM証	<input type="checkbox"/> 被保証回収	<input type="checkbox"/> 窓口	<input type="checkbox"/> 世帯同時申請	<input type="checkbox"/> 通常			
	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード	<input type="checkbox"/> 再交付同時	<input type="checkbox"/> 郵送	<input type="checkbox"/> 至急				
	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 受給資格証明（引継申請）	<input type="checkbox"/> 注意					
	<input type="checkbox"/> その他（ ）							
①記入漏れがないこと ②外枠(印刷範囲)が全て印刷されていること を確認のうえ、提出してください 2502	受付	申請入力	意見書割当・依頼	調査員割当・依頼	調査員 NO. 名前	調査日時 / ( : )	調査予定入力	調査票回収

<p><b>※申請に至った経緯・理由</b> (新規申請・区分変更申請の場合及び入院中の場合は必須)</p>	<p><b>【2週間以内に入院していた方／現在入院中の方】</b> 入院理由：</p> <p><b>【現在入院中の方】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・急性期の治療は終了していますか (はい・いいえ)</li> <li>・改善の見込みのあるリハビリ等は終了していますか (はい・いいえ)</li> <li>・退院の見込みは立っていますか (はい・いいえ)</li> <li>・転院の予定はありませんか (はい・いいえ)</li> </ul>
--	--

<p>1 この申請書の問い合わせ先 (担当ケアマネージャー等)</p>	<p>事業所名、医療機関名等</p>	<p>ふりがな 氏名</p>
<p>2 調査日時の調整相手</p> <p>※平日日中に連絡がとれる方をお願いします。</p> <p>※登録番号以外着信拒否の設定をしている方は、徳島市からの電話に出れるようにしておいてください。</p>	<p>ケアマネージャー・本人・家族 (続柄: )</p> <p>・その他 (本人との関係: )</p> <hr/> <p>連絡先 (携帯電話など日中連絡がとれる電話番号)</p>	<p>ふりがな 氏名</p> <p style="text-align: right;">※本人の場合は記入不要</p>

<p>3 調査時の付き添い</p>	<p>なし</p>	<p><input type="checkbox"/> 家族 (続柄: ) 氏名: )</p> <p><input type="checkbox"/> ケアマネージャー</p> <p><input type="checkbox"/> その他 (本人との関係: ) 氏名: )</p>
-------------------	-----------	---

<p>4 調査日時について、ご都合の悪い時間に「×印」を記入してください。</p>	<p>9:00 ~ 12:00</p> <p>13:00 ~ 15:00</p>	<table border="1"> <tr> <td>月</td> <td>火</td> <td>水</td> <td>木</td> <td>金</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	月	火	水	木	金					
月	火	水	木	金								

<p>5 調査員に事前に知らせておきたいことがあれば、記入してください。</p> <p><input type="checkbox"/> ない</p>	<p><input type="checkbox"/> 聴力がかなり低下している <input type="checkbox"/> その他:</p> <p><input type="checkbox"/> 認知症のような症状がある</p> <p><input type="checkbox"/> がん末期のため、至急調査してほしい (概ね余命が6月間程度)</p>
---	--

※ 以下は、在宅の方のみお答えください。

<p>6 ショートステイの利用予定はありますか。</p>	<p><input type="checkbox"/> ない</p> <p><input type="checkbox"/> ある (利用中・利用予定)</p> <p>( 年 月 日 ~ 年 月 日)</p>
<p>7 ご自宅は、ご本人を含めて何人暮らしですか。</p>	<p>( ) 人</p>
<p>8 訪問先に、表札または看板などがありますか。</p>	<p><input type="checkbox"/> ある ( ) <input type="checkbox"/> ない</p>
<p>9 訪問先に調査員の駐車場はありますか。</p>	<p><input type="checkbox"/> ある → 敷地内・敷地外 ( )</p> <p><input type="checkbox"/> ない</p> <p>その他 <input type="checkbox"/> 道幅狭小</p>

▼以下、事務処理欄のため記入不要▼

<p>電話日時</p>	<p>調査予約履歴</p> <table border="1"> <tr> <td>留守・留守電</td> <td></td> </tr> <tr> <td>留守・留守電</td> <td></td> </tr> <tr> <td>留守・留守電</td> <td></td> </tr> <tr> <td>留守・留守電</td> <td></td> </tr> </table>	留守・留守電		留守・留守電		留守・留守電		留守・留守電		<p><b>受付時確認事項</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 1週間あけての調査</li> <li><input type="checkbox"/> 介護度の説明</li> <li><input type="checkbox"/> 有効期限の説明</li> <li><input type="checkbox"/> 更新、新規・区変の違いの説明</li> </ul>
留守・留守電										
留守・留守電										
留守・留守電										
留守・留守電										