

記載例

介護認定申請受付時間き取り票

◎被保険者様および調査立会について (被保険者氏名 **高島 太郎**)

被保険者の状況	(1) 住まい： <input checked="" type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 同居世帯 <input type="checkbox"/> 施設等() (2) 物忘れ： <input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 疑いあり <input type="checkbox"/> ない (3) 聴力： <input type="checkbox"/> 聞こえる <input checked="" type="checkbox"/> 聞こえにくい <input type="checkbox"/> 聞こえない 特養、GH、サ高住 など
申請の理由	<input type="checkbox"/> 本人が自主的 <input type="checkbox"/> 家族が自主的 <input type="checkbox"/> 包括 <input type="checkbox"/> 保健センターへの相談 <input checked="" type="checkbox"/> 医療機関の勧め <input type="checkbox"/> 民生委員の勧め <input type="checkbox"/> 事業者 <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> 認定切れ <input type="checkbox"/> その他 ()
申請の内容	(1) 申請種別： <input checked="" type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 区分変更 (要支援者の要介護新規申請を含む) (2) 申請の主訴：(※身体・認知の現状、困り事、どうしたいかなど具体的に記載してください。) (新規の例) 先月右足を骨折して手術をおこなった。退院後、歩行が不安定となり移動範囲が狭くなったため、他者との交流がなくなった。デイサービスや家事援助を利用したい。 (更新の例) 認定切れによる更新申請。前回申請時よりも認知症が進行し、食事の支度や掃除など一人でできなくなってきた。家事支援に加え、デイサービスの利用を検討している。
申請手続き者氏名	氏名 高島 次郎 (続柄： 長男) 提出代行者の場合、提出代行者 住所 大津市〇〇1丁目2-3 電話 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
調整の連絡先注1	氏名 今津 花子 (続柄： 長女) 上記と同じ場合は記載不要 住所 高島市新旭町〇〇1-2 電話 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
調査時の立会者注1	氏名 (続柄：) <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (<input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外) 上記と同じ場合は記載不要 住所 電話

◎病院やサービス等の利用状況について

直近の受診予定	4月 1日 ※主治医 (申請することを) <input checked="" type="checkbox"/> 知っている <input type="checkbox"/> 知らない
入院中の場合	病棟 北病棟 部屋番号 543号室 担当看護師等 牧野ケースワーカー
サービス利用・通院等の状況 (※欄内に利用している事業所名等を記載してください。)	
	月 火 水 木 金 土 日
午前	デイ 高島デイ 高島市民病院 デイ 高島デイ
午後	デイ 高島デイ 訪看 高島訪看 デイ 高島デイ
備考	5/1~5/3 ショートステイを利用します。 福祉用具の特殊寝台を利用

◎調査日程の調整に関して (平日 8:30~17:00 の間に 0740-25-8126 から連絡します。)

調査の希望日	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (火曜日または水曜日の午後を希望) ※日程調整の参考にさせていただきます。(調査実施時間 平日 9:00~16:00)
	市役所記入欄： 受付者所属 () 氏名 ()

注1：上記と同じ場合は記入不要

【 申請書提出前にご確認ください。 】

確 認 表

1	被保険者証の回収	(未 ・ 済 ・ 再申)	
2	申請から認定までの流れを説明	(未 ・ 済)	
3	認定結果ができるまで1か月程度要する説明	(未 ・ 済)	
4	居宅事業所の説明	(未 ・ 済)	
5	調査日程調整のための電話が入ることを伝える (25-8126 番から)	(未 ・ 済)	
6	調査日程調整のための電話は平日の午前8時30分 から午後5時までに入ることの説明	(未 ・ 済)	
7	医療保険証の写しの添付(2号)	(未 ・ 済)	
8	特定疾病の確認 (2号) (番号に丸印)	1 がん末期 2 関節リウマチ 3 筋萎縮性側索硬化症 4 後縦靭帯骨化症 5 骨折を伴う骨粗鬆症 6 初老期における認知症 7 進行性核上性麻痺、 大脳皮質基底核 変性症及びパーキンソン病 8 脊髄小脳変性症	9 脊柱管狭窄症 10 早老症 11 多系統萎縮症 12 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎 症及び糖尿病性網膜症 13 脳血管疾患 14 閉塞性動脈硬化症 15 慢性閉塞性肺疾患 16 両側の膝関節又は股関節に著しい 変形を伴う変形性関節症