

要介護(要支援)認定申請確認票 ①【 新規 変更 】

※ ①～⑳の欄を記入ください

② 記入日 年 月 日

③ 被保険者番号		⑤ 記入者の続柄(氏名)	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族() <input type="checkbox"/> その他 ()
④ 被保険者氏名			
⑥ 被保険者住所			⑦ 生年月日
年 月 日 歳			
⑧ 医療機関名	⑨ 主治医名	⑩ 受診	最終(予定)受診日 年 月 日
⑪ 要介護度		有効期間	
要支援状態区分 1・2 要介護区分状態 1・2・3・4・5		年 月 日 から 年 月 日	
⑫ 申請理由	(65歳未満の方は特定疾病名も記入ください)		
⑬ 世帯状況	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 夫婦世帯 <input type="checkbox"/> 家族と同居() <input type="checkbox"/>		
⑭ 現在の生活	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設(病院) 施設(病院)名 年 月 日入所(院) 退院 <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> 年 月 日退院予定		
⑮ 現在の身体等状況	⑮概況(新規の場合には傷病歴、変更の場合には状態が変わった点を記入ください)		
⑯ 歩行	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 伝え歩き <input type="checkbox"/> 車椅子(自・他) <input type="checkbox"/>		
⑰ 排泄	<input type="checkbox"/> トイレ(洋式・和式) <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ等() <input type="checkbox"/>		
⑱ 認知症	<input type="checkbox"/> ある 症状 <input type="checkbox"/> ない		
⑲ その他			
⑳ 利用したいサービス	<input type="checkbox"/> 通所介護(デイサービス) <input type="checkbox"/> 通所リハビリ(デイケア) <input type="checkbox"/> 訪問介護(ホームヘルプ) <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> 短期入所(ショートステイ) <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与・購入 <input type="checkbox"/> 介護タクシー <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 配食サービス <input type="checkbox"/> 緊急通報システム <input type="checkbox"/> その他		

以下の欄は記入しないで下さい。

受付印	受付者	
	<input type="checkbox"/> 説明済 <input type="checkbox"/> 処理	

記入要領

- 基本的に、申請者に①「被保険者番号」～⑳「利用したいサービス」までを記入して頂きます。該当する□の欄にはレをして下さい。
 - ① 「新規」・「変更」区分
 - 新規・・・新規申請
 - 変更・・・変更申請(要支援から要介護の申請も含む)
 - ② 記入日
 - 確認票を記載した日付
 - ③ 被保険者番号
 - 被保険者証に記載されている被保険者番号を記入して下さい。
 - 分からない場合には、介護保険担当窓口にて記入いたします。
 - ④ 被保険者氏名
 - 被保険者証に記載されている被保険者氏名を記入して下さい。
 - ⑤ 記入者の続柄(氏名)
 - 記入される方の続柄をチェックして下さい。なお、()内には名前を記入して下さい。
 - 事業者の場合には、事業者名及び担当者名を記入して下さい。
 - ⑥ 被保険者住所
 - 被保険者の住所を記入して下さい。市内の方は「飯塚市」省略可。
 - ⑦ 生年月日
 - 被保険者の生年月日・年齢を記入して下さい。
 - ⑧ 医療機関名
 - 意見書を書く、主治医の医療機関名を記入して下さい。(事前に確認してください)
 - ⑨ 主治医名
 - 意見書を書く、主治医の名前を記入して下さい。(事前に確認してください)
 - ⑩ 最終受診日
 - 最後に受診された日を記入して下さい。
 - また、**最終受診日が2ヶ月以上前の場合には次回予定日を下段に記入して下さい。**
 - ⑪ 要介護度
 - 要介護度・有効期間
 - 新規申請の場合 記入しないで下さい。
 - 変更申請の場合 現状の要介護度に○をつけ、有効期間を記入して下さい。
 - ⑫ 申請理由
 - 介護保険を利用(変更)するに至った理由を記入して下さい。
 - 2号被保険者(65歳未満)の場合には、特定疾病名も記入して下さい。
 - ⑬ 世帯状況
 - 現在の住まれている世帯の状況にチェックしてください。
 - ⑭ 現在の生活
 - 在宅・施設(病院)の区分にてチェックしてください。
 - なお、施設等の場合には、施設名・入所年月日・退院等の日付も記入して下さい。
- 現在の身体等状況
 - ⑮ 概況
 - 新規申請の場合には、傷病歴や最近の状況
 - 変更申請の場合には、前回からの状態が変わった点 を記入して下さい。
 - ⑯ 歩行 ～ ⑰ 排泄
 - 現在の状況にて、チェックしてください。
 - ⑱ 認知症
 - ある場合には、具体的な状況を記入して下さい。
 - ⑲ その他
 - その他、困った点などがありましたら、記入して下さい。
 - ⑳ 利用したいサービス
 - 今後、利用したいサービスにチェックしてください。(複数可)