## 【R7集団指導資料(居宅・包括)】

変更申請の場合、支援⇔介護が見 込まれる場合はこちらにチェック

頃の様子を聞き取り、調査当日

に調査員に伝えてください。

を付けて申請してください。

## 記載例

申請の際は、必ず介護保険被保険者証(橙色)を添付してください。 無い場合は再交付申請書を提出してください。

住宅型有料老人ホーム□□

×・・・病院、施設

		介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書	L		
糸島	市長 様	次のとおり申請します。 申請年月日 R7年 10 月 30 日	. –		
	申請区分	□新規  □更新  □区分変更 <b>☑</b> 新規 (予防給付から介護給付へ) □転入		更新申請の場合でも、前回認定時	
	申請理由 (主な疾患名、	区分変更の場合 □状態悪化 □状態改善	$\vdash$	との状態の変化を記入してくださ	
心身	アの状況の変化等)	圧迫骨折による退院後、歩行が不安定である。入浴に介助を要する。		い。	
	フリガナ	 本人との関係	L		
	氏 名	ANC VIBIN			
		〒 一 電話番号 一 一			
*	住 所				
申請		<ul><li>✓地域包括支援センター □居宅介護支援事業者 □介護老人福祉施設 □介護医療院</li></ul>			
者	事業種類 提	□介護老人保健施設 □介護療養型医療 <u>施設</u> 地域密着型介護老人福祉施設		事業所が代行申請をする場合、 提出代行者の欄のみ記入し、事 業所印を押印してください。	
	出 名 称	糸島市○○地域包括支援センター			
	者 まな地	〒819-1192 電話番号 092-987-6543			
	所在地 所在地	系島市前原西一丁目1番1号			
※申	請者が被保険者を	は人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要	_		
	被保険者番号	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6 個人番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3		前回の介護度があれば有効期間	
被 保	フリガナ	<b>イトシマ タロウ</b> 性別 <b>☑</b> 男 □女		まで記入してください。	
険	氏 名	<b>糸島 太郎</b>	/		
者情		年齢と四位(イイ成)	/	Г	
報	住 所	〒 8 1 9 - 1 1 1 3 電話番号 0 9 2 - 1 2 3 - 4 5 6 7		現在入所中の施設を含め、6か月	
	122 ///	系島市前原1783番地1	/	以内の入所入院歴を直近3か所ま	
※ 該	前回の要介護認定 の結果等	(該当に○) 要支援 1 (2) ・要介護 1 2 3 4 5 ・事業対象者・非該当 有効期限: R5年 5月 1日 から R7年 5月 31日 まで	/	で記入してください。	
当が	過去6か月に	名称 △△総令病院 病名 (第三腰椎圧迫骨折) R7年 3月 4日~R7年 5月 7日		1	
ある	入所入院した 施設・病院等	名称 病名 ( ) 年 月 日~ 年 月 日		第2号被保険者の場合、特定疾	
場 合	の名称と期間	名称 病名( ) 年月日~ 年月日		病と健康保険証の情報を記入し	
記入		被保険者 り医療保険加入者) 特定疾病名		<u> </u>	
				C \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \	
医	保険者名	□糸島市国民健康保険 ☑福岡県後期高齢者医療保険 保険者番号			
療保		<ul><li>☑福岡県後期高齢者医療保険</li><li>□その他(</li><li>(保険者番号</li></ul>	/	フルネームで記載してください。	
療保険	被保険者証	<ul><li>☑福岡県後期高齢者医療保険</li><li>□その他(</li><li>記号</li><li>番号</li><li>枝番</li></ul>	/	-	
療保険	被保険者証 島市国民健康保険及び	□ 名岡県後期高齢者医療保険 □ その他 ( )		<u>必ず記入してください。日にち</u>	
療保険※糸	被保険者証	□ を		<b>必ず記入してください。</b> <u>日にち</u> <u>が未確定の場合は、上旬・中</u>	
療保険※糸具	被保険者証 島市国民健康保険及び	②福岡県後期高齢者医療保険       (日本の他 (日本の) (日本の他 (日本の他 (日本の他 (日本の) (日本		<u>必ず記入してください。日にち</u>	
療保険 ※糸 主治	被保険者証 島市国民健康保険及び 医療機関名称	□ を		<b>必ず記入してください。</b> <u>日にち</u> が未確定の場合は、上旬・中 <u>旬・下旬</u> の記入をお願いします。	
療保険 ※糸 主治	被保険者証 島市国民健康保険及び 医療機関名称	②福岡県後期高齢者医療保険       (日本の他 (日本の) (日本の他 (日本の他 (日本の他 (日本の) (日本		必ず記入してください。       日にちか未確定の場合は、上旬・中旬・下旬の記入をお願いします。	
療保険 ※糸 主治	被保険者証 島市国民健康保険及び 医療機関名称	②福岡県後期高齢者医療保険       (日本の他 (日本の) (日本の他 (日本の他 (日本の他 (日本の) (日本		必ず記入してください。日にち が未確定の場合は、上旬・中 旬・下旬の記入をお願いします。 主治医が意見書を記入できるか 確認もお願いします。更新申請	
療保険 ※糸 主治医	被保険者証 島市国民健康保険及び 医療機関名称 所 在 地 望する訪問調査の	□ 福岡県後期高齢者医療保険 □ その他 ( )		が未確定の場合は、上旬・中旬・下旬の記入をお願いします。  主治医が意見書を記入できるか確認もお願いします。更新申請提出時は、毎回現在の受診状況	
療保険 ※糸 主治医	被保険者証 島市国民健康保険及び 医療機関名称 所 在 地	□ 福岡県後期高齢者医療保険 □ その他 ( )		必ず記入してください。日にち が未確定の場合は、上旬・中 旬・下旬の記入をお願いします。 主治医が意見書を記入できるか 確認もお願いします。更新申請	
療保険 ※糸 主治医	被保険者証 島市国民健康保険及び 医療機関名称 所 在 地 望する訪問調査の	□ 名		が未確定の場合は、上旬・中旬・下旬の記入をお願いします。  主治医が意見書を記入できるか確認もお願いします。更新申請提出時は、毎回現在の受診状況	
療保険 ※ 主治医 曜日	被保険者証 島市国民健康保険及び 医療機関名称 所 在 地 望する訪問調査の と時間帯にチェック	□ 福岡県後期高齢者医療保険 □ その他( □ 記号 番号 校番  「福岡県後期高齢者医療保険加入者の場合は保険者番号・被保険者証記号番号枝番の記載不要。  □ △ 終今病院 主治医氏名 福岡 一郎 〒819-9999 電話番号092-123-4567 受診の頻度 受診 (予定) 日		が未確定の場合は、上旬・中旬・下旬の記入をお願いします。  主治医が意見書を記入できるか確認もお願いします。更新申請提出時は、毎回現在の受診状況	
療保険 ※ 主治医 電	被保険者証 島市国民健康保険及び 医療機関名称 所 在 地 望する訪問調査の と時間帯にチェック が問題を関する 連絡先	□ 福岡県後期高齢者医療保険 □ その他(   記号   番号   枝番     福岡県後期高齢者医療保険加入者の場合は保険者番号・被保険者証記号番号枝番の記載不要。   △ △ 終今病院   主治医氏名   福岡		が未確定の場合は、上旬・中旬・下旬の記入をお願いします。  主治医が意見書を記入できるか確認もお願いします。更新申請提出時は、毎回現在の受診状況	
療保険 ※ 主治医 電	被保険者証 島市国民健康保険及び 医療機関名称 所 在 地 望する訪問調査の と時間帯にチェック 5問調査に関する 連絡先 青書を調査事業者に	□ 福岡県後期高齢者医療保険 □ その他( □ 記号 番号 校番 「福岡県後期高齢者医療保険加入者の場合は保険者番号・被保険者証記号番号枝番の記載不要。 □ 本部 19-9999 電話番号092-123-4567		が未確定の場合は、上旬・中旬・下旬の記入をお願いします。  主治医が意見書を記入できるか確認もお願いします。更新申請提出時は、毎回現在の受診状況	
療保険 ※ 主治医 電	被保険者証 島市国民健康保険及び 医療機関名称 所 在 地 望する訪問調査の と時間帯にチェック が問題を関する 連絡先	□ 福岡県後期高齢者医療保険 □ その他(   記号   番号   枝番     福岡県後期高齢者医療保険加入者の場合は保険者番号・被保険者証記号番号枝番の記載不要。   △ △ 終今病院   主治医氏名   福岡		が未確定の場合は、上旬・中旬・下旬の記入をお願いします。  主治医が意見書を記入できるか確認もお願いします。更新申請提出時は、毎回現在の受診状況	
療保険 ※ 主治医 電	被保険者証 島市国民健康保険及び 医療機関名称 所 在 地 望する訪問調査の と時間帯にチェック 5問調査に関する 連絡先 青書を調査事業者に	□福岡県後期高齢者医療保険 □その他( 記号 番号 校番 「福岡県後期高齢者医療保険加入者の場合は保険者番号・被保険者証記号番号枝番の記載不要。  □ △ 5 4 4 5 6 7		<ul> <li>必ず記入してください。日にちが未確定の場合は、上旬・中旬・下旬の記入をお願いします。</li> <li>主治医が意見書を記入できるか確認もお願いします。更新申請提出時は、毎回現在の受診状況について確認してください。</li> </ul>	
療保険 ※ 主治医 電	被保険者証 島市国民健康保険及び 医療機関名称 所 在 地 望する訪問調査の と時間帯にチェック 5問調査に関する 連絡先 青書を調査事業者に	□福岡県後期高齢者医療保険 □その他( 記号 番号 枝番 「福岡県後期高齢者医療保険加入者の場合は保険者番号・被保険者証記号番号枝番の記載不要。		<ul> <li>必ず記入してください。日にちが未確定の場合は、上旬・中旬・下旬の記入をお願いします。</li> <li>主治医が意見書を記入できるか確認もお願いします。更新申請提出時は、毎回現在の受診状況について確認してください。</li> <li>市の調査の場合、調査当日に調</li> </ul>	
療保険 ※ 主治医 電	被保険者証 島市国民健康保険及び 医療機関名称 所 在 地 望する訪問調査の と時間帯にチェック 5問調査に関する 連絡先 青書を調査事業者に	□福岡県後期高齢者医療保険 □その他( 記号 番号 枝番 □福岡県後期高齢者医療保険加入者の場合は保険者番号・被保険者証記号番号枝番の記載不要。		<ul> <li>必ず記入してください。日にちが未確定の場合は、上旬・中旬・下旬の記入をお願いします。</li> <li>主治医が意見書を記入できるか確認もお願いします。更新申請提出時は、毎回現在の受診状況について確認してください。</li> <li>市の調査の場合、調査当日に調査員から体調確認の連絡をしま</li> </ul>	
療保険 ※ 主治医 曜 神	被保険者証 島市国民健康保険及び 医療機関名称 所 在 地 望する訪問調査の と時間帯にチェック 5問調査に関する 連絡先 青書を調査事業者に	□福岡県後期高齢者医療保険 □その他( 記号 番号 枝番 「福岡県後期高齢者医療保険加入者の場合は保険者番号・被保険者証記号番号枝番の配載不要。  □ △ △ 終 今 底 主治医氏名		<ul> <li>必ず記入してください。日にちが未確定の場合は、上旬・中旬・下旬の記入をお願いします。</li> <li>主治医が意見書を記入できるか確認もお願いします。更新申請提出時は、毎回現在の受診状況について確認してください。</li> <li>市の調査の場合、調査当日に調査員から体調確認の連絡をします。体調確認に対応できる方の</li> </ul>	
療保険 ※ 主治医 曜 神	被保険者証 動市国民健康保険及び 医療機関名称 所 在 地 望する訪問調査の と時間帯にチェック 5問調査に関する 連絡先 青書を調査事業者に 受 付 印	□福岡県後期高齢者医療保険 □その他( 記号 番号 校番 「福岡県後期高齢者医療保険加入者の場合は保険者番号・被保険者証記号番号校番の記載不要。		必ず記入してください。日にちが未確定の場合は、上旬・中旬・下旬の記入をお願いします。 主治医が意見書を記入できるか確認もお願いします。更新申請提出時は、毎回現在の受診状況について確認してください。  市の調査の場合、調査当日に調査員から体調確認の連絡をします。体調確認に対応できる方の連絡先を記入してください。	
療保険 ※ 主治医 曜 前 申 受	被保険者証 島市国民健康保険及び 医療機関名称 所 在 地 望する訪問調査の と時間帯にチェック 時間帯にチェック	□福岡県後期高齢者医療保険 □その他( 記号 番号 校番 「福岡県後期高齢者医療保険加入者の場合は保険者番号・被保険者証記号番号校番の記載不要。		<ul> <li>必ず記入してください。日にちが未確定の場合は、上旬・中旬・下旬の記入をお願いします。</li> <li>主治医が意見書を記入できるか確認もお願いします。更新申請提出時は、毎回現在の受診状況について確認してください。</li> <li>市の調査の場合、調査当日に調査員から体調確認の連絡をします。体調確認に対応できる方の連絡先を記入してください。</li> <li>家族については、本人の日頃の</li> </ul>	
療保険 ※ 主治医 曜 <b>申</b> 受 <b>自</b>	被保険者証 島市国民健康保険及び 医療機関名称 所 在 地 望する訪問調査の と時間帯にチェック 時間帯にチェック	図福岡県後期高齢者医療保険		<ul> <li>必ず記入してください。日にちが未確定の場合は、上旬・中旬・下旬の記入をお願いします。</li> <li>主治医が意見書を記入できるか確認もお願いします。更新申請提出時は、毎回現在の受診状況について確認してください。</li> <li>市の調査の場合、調査当日に調査員から体調確認の連絡をします。体調確認に対応できる方の連絡先を記入してください。</li> <li>家族については、本人の日頃の様子が分かる方の立ち合いをお</li> </ul>	
療保険 ※ 主治医 曜 神 受 自 明	被保険者証 高市国民健康保険及び 医療機関名称 所 在 地 望する訪問調査のの と時間帯にチェック が関連絡先 青書を調査事業者に 受 付 印	図福岡県後期高齢者医療保険		<ul> <li>必ず記入してください。日にちが未確定の場合は、上旬・中旬・下旬の記入をお願いします。</li> <li>主治医が意見書を記入できるか確認もお願いします。更新申請提出時は、毎回現在の受診状況について確認してください。</li> <li>市の調査の場合、調査当日に調査員から体調確認の連絡をします。体調確認に対応できる方の連絡先を記入してください。</li> <li>家族については、本人の日頃の</li> </ul>	

例)コミュニティセンターなど

※できるだけ路上駐車にならないようお願いします。

例) コインパーキングなど

②近くの駐車できる場所

③路上駐車

- ・介護サービス計画または介護予防サービス計画を作成するために必要があるときは、
- ①要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、②介護認定審査会による判定結果・意見
- ③主治医意見書 以上三点を、地域包括支援センター及び居宅介護支援事業者、介護保険施設、主治医意見書を記載した医師に、糸島市から提供することに同意します。
- ・施設や病院内で訪問調査を実施するときは、施設や病院内の職員等から被保険者の心身の状況について聴取することに同意します。
- ・更新申請の場合、現在の要介護(要支援)状態区分の有効期間内に認定を行うことができるときは、 延期通知を省略することに同意します。

本人氏名 糸鳥 太郎

※代筆の場合

代筆者氏名 前原 太郎 (被保険者との関係) 地域を括支援センター

住所又は

所在地 系島市前原西一丁目1番1号

被保険者本人の状況について記入してください。

世帯の状況	□一人暮らし ☑配偶者のみ □その他( )	
認知症の有無	□症状はない ☑症状がある	
感染症の有無	☑ない □ある	
現在の状況	☑居宅 □施設( )□医療機関入院中(退院予定日 )	
申請の理由	①在宅サービスの利用を検討 「通所・訪問・福祉用具(貸与 販売)・住宅改修・その他  ②施設サービスの利用を検討	
訪問調査時 <i>の</i> 留意事項	※本人に告知していない病名、別室での聞き取り調査、本人の状態など配慮が必要なことがある場合は必ず記入してください。 認知症の症状や排せつに関することは本人の前では話しづらいので、別室で 話を闻いてほしい。	!

自宅以外の送付	先(今回のみ)	※入院や認知症など、ご本人様に 回の認定結果通知にのみ適用される場合はそちらが優先となります	はます。すでに介護保険関係書類		
住 所 宛 名		9-1100 市○○一丁目10番1		92-11	1-1111 様方
理由	認知	症の症状があり、書類	の管理が難しいため。		

申請書に記載された事項は、緊急時における糸島市からの連絡先として使用し、関係人に情報提供することがあります。

## ※申請時の注意点※

- ●新規、変更申請のタイミングについて、本人の状況もわからず、病院に言われたからと入院後すぐに申請されることがあります。退院日が未定で、今後しばらくリハビリをされる場合は、状態が改善する可能性もあります。入院後すぐに変更申請をする必要があるのかどうか検討をお願いします。
- ●市役所に申請書を提出する際は、本人の現在の状況を確認したうえで提出し、立ち合いをお願いします。
- ●申請中に本人が亡くなった場合は、必ず市まで認定結果が必要かどうかの連絡をお願いします。