

# 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 <b>特養、GH、サ高住 など</b>
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 <b>高島 次郎</b> (続柄： <b>長男</b> ) <b>提出代行者の場合、提出代行者</b> 住所 <b>大津市〇〇1丁目2-3</b> 電話 <b>〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇</b>
調整の連絡先注1	氏名 <b>今津 花子</b> (続柄： <b>長女</b> ) <b>上記と同じ場合は記載不要</b> 住所 <b>高島市新旭町〇〇1-2</b> 電話 <b>〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇</b>
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 ) <b>上記と同じ場合は記載不要</b> 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	<b>4月 1日</b> ※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 <b>北病棟</b> 部屋番号 <b>543号室</b> 担当看護師等 <b>牧野ケースワーカー</b>
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	<b>デイ 高島デイ</b> <b>高島市民病院</b> <b>デイ 高島デイ</b>
午後	<b>デイ 高島デイ</b> <b>訪看 高島訪看</b> <b>デイ 高島デイ</b>
備考	<b>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</b>

### ◎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 ( <b>火曜日または水曜日の午後を希望</b> ) ※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	<p>特定疾病の確認 (2号) (番号に丸印)</p> <table border="0"> <tr> <td>1 がん末期</td> <td>9 脊柱管狭窄症</td> </tr> <tr> <td>2 関節リウマチ</td> <td>10 早老症</td> </tr> <tr> <td>3 筋萎縮性側索硬化症</td> <td>11 多系統萎縮症</td> </tr> <tr> <td>4 後縦靭帯骨化症</td> <td>12 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎 症及び糖尿病性網膜症</td> </tr> <tr> <td>5 骨折を伴う骨粗鬆症</td> <td>13 脳血管疾患</td> </tr> <tr> <td>6 初老期における認知症</td> <td>14 閉塞性動脈硬化症</td> </tr> <tr> <td>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</td> <td>15 慢性閉塞性肺疾患</td> </tr> <tr> <td>8 脊髄小脳変性症</td> <td>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</td> </tr> </table>	1 がん末期	9 脊柱管狭窄症	2 関節リウマチ	10 早老症	3 筋萎縮性側索硬化症	11 多系統萎縮症	4 後縦靭帯骨化症	12 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎 症及び糖尿病性網膜症	5 骨折を伴う骨粗鬆症	13 脳血管疾患	6 初老期における認知症	14 閉塞性動脈硬化症	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	15 慢性閉塞性肺疾患	8 脊髄小脳変性症	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	
1 がん末期	9 脊柱管狭窄症																	
2 関節リウマチ	10 早老症																	
3 筋萎縮性側索硬化症	11 多系統萎縮症																	
4 後縦靭帯骨化症	12 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎 症及び糖尿病性網膜症																	
5 骨折を伴う骨粗鬆症	13 脳血管疾患																	
6 初老期における認知症	14 閉塞性動脈硬化症																	
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	15 慢性閉塞性肺疾患																	
8 脊髄小脳変性症	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																	