

熱海市長 様

										個人番号																	
被 保 険 者	介護保険 被保険者番号		2	0	5	○	○	○	○	○	○	○	申請年月日		令和●年 ▲月 ■日 (R●.▲.■)												
	医療 保 険	保険者名										保険者番号															
		被保険者証	記号									番号					枝番										
	フリガナ		アタミ タロウ										生年月日		明・大・ <u>昭</u> ○○年 ×月 △日												
	氏 名		熱海 太郎										性別		<u>男</u> ・ 女												
	住 所		〒●●●●-●●●● □□県□□市△△町×-×-×																								
			電話番号 ●●●●-●●●●-●●●●																								
	現在の要介護 認定の結果等		要介護状態区分 1 <u>2</u> 3 4 5										要支援 1 2														
		有効期間 令和 ●年 ○月 ■日 から										令和 ○年 ■月 △日															
変更申請の 理由		<u>1</u> . 心身状態が悪化・重度化 2. その他 () ※詳細については別紙に記入																									
過去6月間の 介護保険施設、 医療機関等 入院、入所の 有無		介護保険施設の名称等・所在地										期間		年		月		日		～		年		月		日	
		介護保険施設の名称等・所在地										期間		年		月		日		～		年		月		日	
		医療機関等の名称・所在地										期間		年		月		日		～		年		月		日	
有 ・ <u>無</u>		医療機関等の名称・所在地										期間		年		月		日		～		年		月		日	

提出代行者	名 称	該当に○(地域包括支援センター・ 居宅介護支援事業者 ・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設)
	住 所	〒●●●●-○○●●●● □□県□□市△△町×-×-×

ご家族、医療機関等は提出代行者ではありません。

電話番号 ●●-●●●●●●-●●●●●●

主治医	主治医の氏名	□□ □□医師	医療機関名	■ ■ 病院
	所在地	〒●●●●ー●○●●● □□県□□市●●町××番地 電話番号 ●●ー●●●●●ー●●●●●		

特定疾病名	64歳以下の方は必ず特定疾病名を記入し、 医療保険の資格を確認できるものを必ず明示又は添付してください。
-------	---

本人氏名 熱海 太郎（代筆：熱海 次郎（長男））

1. 訪問調査場所							
☐ 自宅（住民票上の住所） ☒ 自宅以外 居所・所在地： ●●●●●●●● 県 ○○ 市 ●●●● 町 △ △ △							
施設名・病院名： ○○○○○ ●●●● 号室							
・入院中の場合（必ず記入してください。） 病室： ●●●● 館 ●●●● 階 ●●●● 号室							
2. 申請をする理由（当てはまるものすべてに✓をつけてください。）							
☒ 病気やケガで心身の状態が悪化した。（理由：認知症が進行し、家族の負担が増えているため）							
☐ 介護サービスの利用等により状態が改善した。							
☐ 交通事故、他者からの暴力による病気やケガ ☐ その他（ ）							
3. 利用している・利用したい介護サービス（当てはまるものすべてに✓をつけてください。）							
☐ 訪問介護 ☐ 訪問看護 ☒ 通所介護 ☒ 福祉用具購入・貸与							
☒ 住宅改修 ☒ 施設入所（中） ☐ 居宅療養管理指導 ☐ その他（ ）							
4. 日程調整の連絡先							
フリガナ 調整者氏名		アタミ ジロウ		申請者との関係		☒ 家族（別居含む。）（続柄 長男 ） ☐ 施設職員 ☐ その他（ ）	
日中連絡が取れる電話番号		○○○—○○○○—○○○○		日中連絡が取りやすい時間帯		午前○○時 ～ 午後●●時	
調査希望日 (9時～16時)		☐ 月 ☐ 火 ☐ 水 ☐ 木 ☐ 金		☐ AM ☐ PM ☐ AM ☐ PM ☐ AM ☐ PM ☐ AM ☐ PM		☒ いつでもよい	
調査員が利用できる駐車場の有無 ☐ あり ☒ なし				※「なし」の場合に記入してください。 調査場所から徒歩圏内に民間等有料駐車場の有無： ☒ あり ☐ なし			
5. 調査への立会いの可否（申請者の日常生活の状況を把握している方の立会いをお願いします。）							
☒ できる ☐ できない（できない場合は、ご家族等の承諾があったものとみなし、申請者からのみ聞き取ります。）							
※「できる」場合に記入してください。							
☐ 調整者と同じ ☒ 調整者以外（下記に立会者を記入してください。）							
フリガナ 立会者氏名 (調整者以外)		アタミ ハナコ		申請者との関係		☒ 家族（別居含む。）（続柄 子の妻 ） ☐ 施設職員 ☐ その他（ ）	
6. その他調査時に留意すべき事項							
・聞こえの悪さ： ☐ なし ・ ☒ あり（ ☒ 大きな声で ・ ☐ 筆談 ）							
・認知症状： ☒ なし ・ ☐ あり							
・世帯状況： ☐ 独居 ・ ☐ 高齢者（夫婦）世帯 ・ ☒ 子等その他家族と同居							
・がん末期： ☒ なし ・ ☐ あり（本人告知： ☐ なし ・ ☐ あり ）							
・入退院予定： ☒ なし ・ ☐ あり（令和 ●● 年 ●● 月 ●● 日 入院 ・ 退院 ） 施設名（ ）							
・ペットの飼育： ☐ なし ・ ☒ あり（種類： 小型犬 ）							
・その他留意事項（ 室内にてペットを放し飼いにしています。 ）							
7. 主治医への最終診察日及び次回通院予定日							
・最終診察日 令和 ●● 年 ●● 月 ●● 日							
・次回通院予定日 令和 ●● 年 ○○ 月 ○○ 日							
8. 認定結果の送付先							
住所		〒●●●●●●●● ●●●●●●●● 県 ○○ 市 ●●●● 町 △ △ △ ○○○○○ ●●●● 号室					
フリガナ		アタミ ジロウ					
宛名		熱海 次郎 （申請者との関係： 長男 ）					
認定結果通知書等を上記送付先に送付することに同意します。本人氏名（ ）							
9. 緊急時連絡先							
フリガナ							
氏名		（申請者との関係： ） 連絡先					