

被 保 険 者 （ 本 人 ）	被保険者番号										申請年月日										令和 〇 年 〇 月 〇 日									
	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6										個人番号										1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 9 8									
	医療保険		保険者名		後期(高齢者医療保険)										保険者番号		39409999													
			被保険者 記号・番号		記号		番号		99999999		枝番																			
	フリガナ		ダザイフ ミライ										生年月日		明・大・昭 〇 年 〇 月 〇 日 〇 歳															
	氏 名		太宰府 未来												性 別		男 ・ 女													
	住 所		太宰府市親世音寺1丁目1番1号																											
	現在の要介護度		要介護(1・2・3・4・5)・要支援(1・2)										有効期間																	
													年 月 日 ~ 年 月 日																	
	過去6ヶ月の入院・ 入所の有無 (短期入所を除く)		有 ・ 無	医療機関又は施設の名称										期間																
				親世病院																										
				所在地										令和6年1月15日 ~ 令和6年1月20日																
太宰府市親世音寺2-2-2																														
主治医 (意見書の記載を 依頼する医師)			医療機関又は施設の名称										期間																	
			所在地										年 月 日 ~ 年 月 日																	
													退院予定日 年 月 日頃)																	
主治医 (意見書の記載を 依頼する医師)		主治医の氏名		親世 一郎										医療機関名		親世病院														
		所在地		〒 818-0101 太宰府市親世音寺2-2-2																										
		最終診察日		令和 〇 年 〇 月 〇 日(初旬・中旬・下旬)／予約日 月 日／入院中 ※申請日より1ヶ月以内の日付で記入してください。																										
申請の理由		主な疾患名、心身の状況等を記載してください(更新申請の場合は記入の必要はありません)																												
		圧迫骨折で入院。退院後、歩行が不安定である。 また入浴に介助を要する。																												
申請者		家族等 (事業者)		氏名(事業者名)										続 柄																
				太宰府 夢										子																
				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・介護医療院)																										
				〒 同上										電話番号 092-921-2121																

◇2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

特定疾病名	
-------	--

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。併せて、求めがあった場合、主治医意見書を記載した医師に介護認定審査会による判定結果及び介護サービス計画を提示することに同意します。

更新申請の場合、要介護(要支援)認定が申請から30日を超える場合であっても、現在の認定有効期間内であれば、認定延期通知を省略することに同意します。

本人氏名 太宰府 未来

代筆者氏名
(本人との関係 :)

○どなたが調査に立ち会われますか？

☐ 申請者と同じ		☒ その他(下欄へ)	☐ 立ち会いなし
氏名 太宰府 太郎 本人との関係(長男)		住所 電話番号	

※調査時だけではわからないご本人の日ごろの状態を把握するために、できるだけご家族等の立会いをお願いします

○調査日時はどなたと約束したらよろしいですか？

☐ 本人	☒ 立ち会い者	☐ 提出代行者	☐ その他(下欄へ)
氏名 本人との関係()		住所 (常に連絡が取れる)電話番号	

○調査予定場所を教えてください。

☒ 自 宅	☐ 病 院 ・ 施 設 等(下欄へ)	☐ その他(下欄へ)
病院・施設名または調査場所住所 電話番号		

○訪問調査で都合の悪い曜日・時間があれば教えてください。

☐ な し	☒ あ り(下欄へ)	
☐ 月 (~)	☒ 火 (12:00 ~ 15:00)	☐ 水 (~)
☐ 木 (~)	☐ 金 (~)	☐ その他()

○訪問調査の事前確認事項(この項目は訪問調査の事前確認です。回答は認定結果に影響しません。)

調査員の駐車スペース	無 ・ 有 → 敷 地 内 ・ そ の 他 ()		
も の 忘 れ	☐ 無 ・ 有	過去1ヶ月の介護保険サービス利用	☐ 無 ・ 有 (介護 ・ 予防 ・ 総合)
耳が聞こえにくい	☐ 無 ・ 有	医療保険による訪問看護	☐ 無 ・ 有 (訪問看護 ・ リハビリ)
言葉がでにくい	☐ 無 ・ 有		

○その他特記すべき事項(本人に未告知の病名などがあり、別室での聞き取り調査を希望するなど
特別に配慮が必要なことがありましたら、記入してください。)

☒ 別室での聞き取り調査を希望する

保険者記入欄

訪問予定日	年	月	日	時	分	入 力 印
調 査 員	□市()		□R I S		□ゆうしん	
被保険者証回収	済 ・ 未		滞		有 ・ 無	
担当ケアマネジャー			係員			