

# 介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書

大野城市長 様

次のとおり申請します。

申請区分 [  新規  更新  支変  区変 ]  2号

申請年月日	年	月	日	個人番号																										
被 保 者	介護	被保険者番号										<input type="checkbox"/> 個人番号が分からない <small>チェックした場合は個人番号未記入でも受け付けます。</small>																		
	医療	保険者名称										後期高齢者医療 被保険者番号																		
		保険者番号					記号					番号					枝番													
	ふりがな										生年月日					明・大・昭 年 月 日														
	氏 名										性別					年齢					歳									
	住 所										〒										電話番号									
	現在の要介護度										要介護（1・2・3・4・5）・要支援（1・2）・事業対象										有効期間					年 月 日～ 年 月 日				
	過去6ヶ月間の医療機関への入院又は介護保険施設等に入所の有無	<input type="checkbox"/> 有（右欄へ記入）										医療機関 または 施設名					期間					年 月 日～ 年 月 日 <small>（退院予定 年 月 日頃）</small>								
		<input type="checkbox"/> 無										医療機関 または 施設名					期間					年 月 日～ 年 月 日 <small>（退院予定 年 月 日頃）</small>								
	申請の理由 <small>※更新申請の場合は記入不要</small>										<input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用希望 ⇒ 通所介護・訪問介護・福祉用具・住宅改修 <input type="checkbox"/> 施設サービスの利用希望もしくは検討 <b>（変更申請の場合）心身の変化状況や状態等を記入してください。</b>																			

申 請 者	<input type="checkbox"/> 本人	氏名 <small>（本人の場合は記入不要）</small>										本人との続柄									
	<input type="checkbox"/> 家族	住所										〒					電話番号				
	提出代行者	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 介護保険施設（グループホーム、特定施設含む）										事業者番号									
		事業者名										〒					電話番号				

主治医	ふりがな										医療機関名								
	医師の氏名																		
	住所										〒					電話番号			
受診日/受診予定日										前回受診日 年 月 日 / 次回受診予定日 年 月 日					<input type="checkbox"/> 入院中				

◆ 2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入 ※医療保険証の写しを併せて提出してください。

特定疾病名	
-------	--

私は、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・要支援認定に係る調査内容、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、介護保険施設の関係人、大野城市ケアマネジメント調整会議の委員、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。  
（更新申請の場合のみ）私は、申請から30日以内に認定がされない場合、現在の認定の有効期間内であれば、認定遅延通知の省略に同意します。

**被保険者氏名（本人署名）** 代筆者氏名  
※代筆の場合は、代筆者氏名と続柄を記入 本人との続柄

※ 保険者チェック欄																								
介護保険証					医療保険証 写しの有無					調査事業所					資格者証交付の有無					システム 入力日				
持参	再交付	65歳未満			有	無	市	R I S	くすの郷	交付済	不要	受付者：					/							
未持参	回収方法						SEO	悠生園	その他															
	郵送	後日 持参	調査時 回収																					
《備考》																								

## 要介護認定申請受付用確認用紙 (認定申請書の裏面に印刷してください)

### ① 申請内容について確認が取れる方を記入してください。(連絡が取れやすい電話番号を記入してください)

<input type="checkbox"/> 申請者・提出代行者	氏名		本人との続柄
<input type="checkbox"/> その他(右欄に記入)	住所	<input type="checkbox"/> 本人と同じ	電話番号

### ② 訪問調査に立ち会う方を記入してください。

<input type="checkbox"/> ①(上記)と同じ	氏名		本人との続柄
<input type="checkbox"/> その他(右欄に記入)	住所	<input type="checkbox"/> 本人と同じ	電話番号
<input type="checkbox"/> 調査日の都合 等	<small>(都合の悪い曜日・時間があれば記入してください。)</small>		

### ③ 訪問調査の日程調整する方を記入してください。

<input type="checkbox"/> ②(調査立会者)と同じ	氏名		本人との続柄
<input type="checkbox"/> その他(右欄に記入)	住所	<input type="checkbox"/> 本人と同じ	電話番号
連絡の取りやすい時間帯	<input type="checkbox"/> 午前中 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 時頃		

### ④ 訪問調査場所を記入してください。

<input type="checkbox"/> 自宅 (住民票上の住所地)				
<input type="checkbox"/> 入院入所中の病院・施設等	病院施設名		住所	電話番号 ( )
<input type="checkbox"/> その他 (親族宅や別宅など)	氏名		住所	電話番号 ( )
	本人との続柄 ( )		住んでいる期間 ( ~ )	
調査員の駐車スペース (路上駐車はできません)	<input type="checkbox"/> 敷地内に有 ⇒ <input type="checkbox"/> 屋根なし <input type="checkbox"/> 屋根あり (高さ2.3m以上 / 高さ2.3m以下) <input type="checkbox"/> 敷地内に無 ⇒ <small>近隣に公民館・コインパーキング等があれば記入してください。</small> ( )			

### ⑤ 調査前後に本人がいない場所での聞き取りを希望しますか？配慮すべき事項があれば記入してください。

<input type="checkbox"/> 希望する(右欄に記入)	<input type="checkbox"/> 立会者へ聞き取り <input type="checkbox"/> 立会者以外(下記記入)の方へ聞き取り		
<input type="checkbox"/> 希望しない	本人との続柄 ( )	氏名 ( )	電話番号 ( )
配慮すべき事項	<small>(未告知の病氣、聞かないでほしい、言わないでほしい等 特別に配慮が必要なことがあれば、必ず記入してください。)</small>		

### ⑥ その他の事前確認事項 (回答は認定結果に影響しません。)

耳が聞こえにくい	無 ・ 有 ⇒ <input type="checkbox"/> 筆談(必要・不要) ※手話通訳が必要な場合は、申請者ご自身で依頼してください。
感染症	無 ・ 有 ⇒ <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> 疥癬 <input type="checkbox"/> その他 ( )
生活保護	<input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 受けていない
世帯状況	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 夫婦のみの世帯 <input type="checkbox"/> 家族同居世帯 <input type="checkbox"/> 施設入所中

### ⑦ 65歳以上の方で、介護保険被保険者証がない場合は記入してください。

<input type="checkbox"/> 再交付を申請します ⇒ 申請理由: 1 紛失・消失    2 破損・汚損
---

※ 入院中等で認定結果の送付先が自宅(住民票上の住所地)と異なる場合は記入してください。

今回の認定結果の通知にのみ適用されます。介護保険関係の全ての郵送物の送付先を変更するには、別途送付先変更届出書の提出が必要です。

宛名		本人との続柄	
住所	〒 -	電話番号	