

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 変更(支変・区変) 2号 みなし1号 転入

申請年月日		令和	年	月	日	個人番号																			
被 保 険 者 (支 援 が 必 要 な 方)	介護保険	被保険者番号										<input type="checkbox"/> マイナンバー医療連携済 <input type="checkbox"/> 生活保護受給中													
	医療保険	保険者番号										被保険者番号 (後期高齢者医療保険)													
		<input type="checkbox"/> 福岡県後期高齢者医療広域連合 <input type="checkbox"/> 大野城市(国民健康保険) <input type="checkbox"/> その他(保険者名称を下記に記入)										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														
	※14日以内に他自治体から転入した場合のみ記入		転出元自治体(市町村)名										現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ												
	現在(前回)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 R 年 月 日 ~ R 年 月 日												
	過去6ヶ月間の入院、入所の有無		<input type="checkbox"/> 有 (右欄へ記入) <input type="checkbox"/> 無										医療機関または施設名称		期間		年 月 日 ~ 年 月 日		(退院予定 年 月 日頃)						
	申請の理由		<input type="checkbox"/> 在宅でのサービス利用希望 <input type="checkbox"/> 施設サービスの利用希望もしくは検討 (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。 <small>※更新申請の場合は省略可</small>																						
◆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															
※医療保険資格確認証の写し等を提出してください。																									
主 治 医	ふりがな										医療機関名														
	医師の氏名										住所 〒														
	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													
<p>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、主治医意見書、大野城市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、大野城市から地域包括支援センター、居宅介護(介護予防)支援事業者、居宅(介護予防)サービス事業者、地域密着型(介護予防)サービス事業者、介護保険施設の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、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(地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。)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。</p>																									
被保険者氏名 (署名)										代筆者氏名 本人との続柄															
※代筆の場合、代筆者氏名と続柄を記入																									
申 請 者	氏名 (本人の場合は記入不要)		住所 〒										電話番号												
	<input type="checkbox"/> 本人		住所 〒										<input type="checkbox"/> 本人と同じ 本人との続柄												
	<input type="checkbox"/> 家族		住所 〒										本人との続柄												
<input type="checkbox"/> 提出代行者		事業所名 (提出代行者)										事業者番号													
該当に○ 【地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・介護保険施設(グループホーム・特定施設を含む)】																									
※保険者チェック欄 <<備考>>																									
介護保険証										医療保険証写しの有無		資格者証交付の有無		調査事業所				調査日時		調査員					
持参		再交付		65歳未満		有		無		交付済		不要		市		SEO		悠生園		今回のみの送付先		受付		システム入力	
未持参		回収方法		後日持参		有		無		交付済		不要		R I S		ゆかり		遠方委託		有				/	
郵送		回収		後日持参																送付先設定なし		送付先設定あり確認済			

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（連絡が取れる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		電話番号	
<input type="checkbox"/> その他（右欄に記入）	住所	<input type="checkbox"/> 本人と同じ		本人との続柄

② 訪問調査に立ち会う方

<input type="checkbox"/> ①（上記）と同じ	氏名		電話番号	
<input type="checkbox"/> その他（右欄に記入）	住所	<input type="checkbox"/> 本人と同じ		本人との続柄
調査日の都合 等	都合の悪い曜日・時間 等			

③ 訪問調査の日程調整する方

<input type="checkbox"/> ①（内容確認の方）と同じ	氏名		電話番号	
<input type="checkbox"/> ②（調査立会者）と同じ	住所	<input type="checkbox"/> 本人と同じ		本人との続柄
<input type="checkbox"/> その他（右欄に記入）	住所			本人との続柄
連絡の取りやすい時間帯	<input type="checkbox"/> 午前	<input type="checkbox"/> 午後	<input type="checkbox"/> 時～	時頃 <input type="checkbox"/> いつでもよい

④ 訪問調査場所

<input type="checkbox"/> 自宅	自宅とは、住民票上の住所地（介護保険証に記載の住所）のことです。			
<input type="checkbox"/> その他（右欄に記入）	病院・施設の場合 (病院・施設名)			
	親族宅・別宅の場合	様宅	本人との続柄	電話番号
	住所	(入院、入所で申請書(表面:主治医)と同じ場合は記入不要)		
	入院、入所、生活の開始時期	年	月	日～
自宅で調査できない理由	<input type="checkbox"/> 入院・入所中のため	<input type="checkbox"/> その他（		
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	⇒ 屋根なし	屋根あり ⇒ (屋根の高さ 2.3m以上 / 2.3m以下)	
	<input type="checkbox"/> 敷地内に無	⇒ 近隣に公民館・コインパーキング等があれば、わかる範囲で記入してください。(

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？また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	氏名	本人との続柄
調査時、配慮すべき事項	(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。)	

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 ⇒ 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（
認知症状	無・有 ⇒ <input type="checkbox"/> 病院受診し、診断されている <input type="checkbox"/> 受診や診断はないが、物忘れ等心配になってきた
意思の伝達	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
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）や届け出済みの送付先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		電話番号
住所	〒			