

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。 ①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 ② 令和 〇 年 〇 月 〇 日		個人番号 ③																			
被 保 者 の 保 険 者 一 覧 が 必 要 な 方 の 申 請 書	介護保険 被保険者番号 ④	1 9 7 2 0 4 0 1 0 0																			
	医療保険 被保険者番号 ⑤	39402193																			
	被保険者番号 (後期高齢者医療保険)	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇																			
	保険者名称	<input checked="" 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	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇																			
	番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇																			
	枝番	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇																			
	ふりがな	おおの たろう																			
	氏名 ⑥	大野 太郎																			
	住所 ⑩	〒 816-8510 大野城市曙町2丁目2番1号																			
電話番号	092-580-1860																				
※14日以内に他自治体から転入した場合のみ記入 ⑪	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。 <input type="checkbox"/> はい 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"/> いいえ																			
現在(前回)の要介護度 ⑫	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	医療機関または施設名称	大野城中央病院																			
期間	R 5 年 11 月 20 日 ~ 5 年 12 月 10 日 (退院予定 年 月 日頃)																				
<input checked="" type="checkbox"/> 有 (右欄へ記入) ⑬	医療機関または施設名称	まどか医院																			
期間	R 5 年 12 月 10 日 ~ 6 年 1 月 10 日 (退院予定 年 月 日頃)																				
申請の理由 ※更新申請の場合は記入不要 ⑭	<input checked="" type="checkbox"/> 在宅でのサービス利用希望 (変更申請の場合) 心身の变化状況や状態等を記入してください。 <input type="checkbox"/> 施設サービスの利用希望もしくは検討																				
◆2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入 ⑮	特定疾病名																				
主治医	ふりがな	おおの じょー																			
医師の氏名 ⑯	大野 ジョー																				
住所	〒 816-〇〇〇〇 大野城市口〇町〇丁目×番△号																				
電話番号	092-501-1111																				
受診日/受診予定日 ⑰	前回受診日 6 年 1 月 10 日 / 次回受診予定日 6 年 2 月 10 日 <input type="checkbox"/> 入院中																				
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、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(署名) ⑱	大野 太郎																				
代筆者氏名	大野 タスケ																				
本人との続柄	長男																				
※代筆の場合、代筆者氏名と続柄を記入																					
申 請 者	<input type="checkbox"/> 本人	氏名 (本人の場合は記入不要)	大野 タスケ																		
	<input checked="" type="checkbox"/> 家族 ⑲	住所	〒 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇																		
	<input type="checkbox"/> 提出代行者	事業所名(提出代行者)	事業所番号																		
	該当に〇【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				今回のみの送付先		受付		システム入力	
持参 再交付 65歳未満				有 無				有 無				市 SEO 悠生園				有					
未持参 郵送 調査時回収 後日持参				有 無				交付済 不要				R I S ゆかり 遠方委託				送付先設定なし 送付先設定あり 確認済					

記入例

① 申請区分

申請区分にチェックを入れてください。
※65歳未満の場合は、併せて2号にもチェックを入れてください。

② 申請日

申請日を記入してください。

③④⑤⑥⑦⑧⑨⑩ 被保険者

被保険者本人(支援が必要な方)のことを記入してください。
③個人番号カードに記載されている、12桁の個人番号(わからない場合は記入不要)
④介護保険被保険者証に記載の被保険者番号
⑤加入している医療保険の保険者名名称・保険者番号・被保険者の記号・番号・枝番
後期高齢医療保険(75歳以上)の場合は保険者名名称・保険者番号・被保険者番号
⑥氏名(ふりがな) ⑦生年月日 ⑧性別 ⑨年齢
⑩住民票の住所地・電話番号

⑪ 14日以内に他自治体から転入した場合のみ記入

転入前の市町村名を記入してください。

⑫ 現在(前回)の介護度

介護保険被保険者証を確認して記入してください。

⑬ 入所・入院等の有無

過去6か月の間に、施設や医療機関で生活している有無にチェックし、有る場合は、施設や医療機関の名称とその期間を記入してください。
現在入院中の方は、退院予定日や転院の可能性についても記入してください。

⑭ 申請の理由

新規申請の場合は、利用したいサービスや主な疾患名を記入してください。
変更申請の場合は、状態変化のあった点(身体や認知面)について記入してください。
更新申請の場合は、記入不要です。

⑮ 特定疾病(40歳以上65歳未満の人のみ)

主治医に確認し、該当する特定疾病名を記入してください。

⑯⑰ 主治医

⑯複数の医療機関を受診している場合、介護が必要な状態の直接の原因である病気を治療しているなど、本人の状態を最も知っている医師の氏名(ふりがな)・医療機関名・所在地・電話番号を記入してください。
入院中の申請(入院先で調査)の場合は、入院先の医師を記入してください。
⑰主治医の診察を受けた日、回目の診察予定日を記入してください。

⑱ 被保険者氏名(本人署名)

内容をよくお読みの上、署名してください。
本人が署名できない場合は、代筆者が本人の名前を記入し、代筆者氏名及び本人との関係を記入してください。

⑲ 申請者

申請者が本人の場合は、レ(チェック)のみで記入不要です。
家族及び代行業者などが申請する場合は、氏名・住所・電話番号等 記入してください。

<<申請時に必要なもの>>

- ①介護保険被保険者証(原本)
紛失の場合は、受付用確認用紙の⑦を記入してください。
- ②医療保険証の原本または写し

<<個人番号記載時に必要なもの>>

- ・被保険者の個人番号(マイナンバー)を確認できる書類(個人番号カード等)

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 checked="" 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	大野 みかさ	電話番号	080-3333-5555
<input checked="" type="checkbox"/> その他 (右欄に記入)	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 本人と同じ	本人との続柄	長男の妻
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 checked="" 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)				
連絡の取りやすい時間帯	<input checked="" 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 checked="" 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。			
	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
<input type="checkbox"/> その他 (右欄に記入)	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 checked="" type="checkbox"/> 希望する (右欄に記入)	<input type="checkbox"/> 立会者へ聞き取り	<input checked="" 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	大野 タスケ	本人との続柄	長男	電話番号	090-1111-2222
調査時、配慮すべき事項	(未告知の病気、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 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ⇒ <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> 疥癬 <input type="checkbox"/> その他 ()
認知症状	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 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 checked="" 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 checked="" 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	〒				

記入例

①申請書の内容について、お尋ねすることがあった場合に連絡させていただくことがあります。確実に連絡が取れる方を記入してください。※担当ケアマネジャー、施設職員の方、病院職員の方でも可能です。

②訪問調査に立会される方に レ(チェック)を付けてください。調査は平日(月～金曜)9:00～16:30の間で1時間程度になります。※認知症状がある場合は、日頃の状況がわかる方の立会いをお願いします。

③訪問調査の日時を約束する方に レ(チェック)を付けてください。日中(原則、平日の月～金曜9:00～17:00)連絡が取れる方を記入してください。

④調査場所に レ(チェック)を付けてください。

調査場所が自宅と異なる場合は、調査場所について記入してください。

調査員の駐車スペース(駐車場の有無)

調査場所の駐車場について記入してください。屋根あり駐車場の場合、車種により駐車できないことがありますので、屋根の高さも記入してください。敷地内に駐車場がない場合、近隣(徒歩10分程度)に公民館やコミュニティーセンター等があれば記入してください。

⑤本人の前では言い難いことがある等、調査前後に聞き取りを希望する場合はレ(チェック)を付け、誰への聞き取りを希望するかを記入してください。

調査時に本人に特別配慮が必要な場合のみ、記入してください。(未告知の病気の病名等)

⑥被保険者について、記入してください。

回答は認定結果には影響しません。

⑦介護保険被保険者証を紛失された方は、記入してください。

再交付申請書の提出は不要です。