

# 介護保険要介護認定・要支援認定申請書

(宛先) 各務原市長 次のとおり申請します。

前回	今回	市	調査 意見書
----	----	---	-----------

新規・更新・変更(要支援・要介護)・転入(転入前市町村)			
この申請は、第三者行為(交通事故等)が原因ですか。いいえ・はい【事故発生日 年 月 日】			
被 保 険 者	介護保険被保険者番号		申請日 令和 年 月 日
	個人番号		
	フリガナ		生年月日 明・大・昭 年 月 日 ( 歳)
	氏名		
	住所	〒 - 電話番号 ( ) -	性別 男・女
	現在の要介護認定 (更新・変更申請時のみ記入)	要介護状態区分 1 2 3 4 5 要支援状態区分 1 2 有効期間 年 月 日 から 年 月 日まで	
	状態変化の様子 (変更時のみ記入)		
主治医	医療機関		主治医の氏名
	所在地	〒 - 電話番号 ( ) -	
	受診	最終受診日 年 月 日 通院 退院予定日 年 月 日 入院中	
医療保険	保険者名	各務原市・岐阜県後期高齢・その他 ( )	
	保険者番号	記号・番号 及び枝番	その他 <input type="checkbox"/> 未加入
申請者名		本人との関係	
申請者住所	<input type="checkbox"/> 被保険者住所と同じ 〒 - 電話番号 ( ) -		
提出 代行者 名称及 び住所	該当に○をつけてください。(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・指定介護療養型医療施設・介護医療院・その他 ( )) 〒 - 電話番号 ( ) -	担当者名	
<p>私は、介護(予防)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(要支援)認定申請に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書、各務原市が提供を受けた介護(予防)サービス計画及び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、各務原市が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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事する調査員に情報提供する(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)</p> <p>私は、認定が申請から30日以内にされない場合、現在の認定の有効期間内であれば、認定延期通知を省略することを承諾します。 ※被保険者本人が署名してください。困難なときは本人の同意を得た上、家族等が署名してください。</p>			
本人署名		代筆者署名	
※特定疾病名は、2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)のみ記入し、申請時に医療保険証の写しを添付してください。			
※特定 疾病名		受付日・受付者	資格者証の受取者名
番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 未記入	身元確認	1点 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 2点 <input type="checkbox"/> 保険証(介・医) <input type="checkbox"/> その他 ( )
メモ			

認定調査員への連絡事項等

要介護認定のため、認定調査員がご自宅等を訪問し、心身の状況などをうかがいます。認定調査の日程調整などを円滑に行うために必要となりますので、以下太枠内のご記入をお願いします。

介護保険被保険者番号

氏名

該当する項目に  または、ご記入をお願いします。

【介護について】

①現在のサービス利用の有無について

利用していない  サービス利用中(福祉用具等含む)

②介護認定の緊急性について(該当の場合のみご記入ください。)

末期がん(医師の診断による余命半年以内である)  終末期で看取りの状態である  高齢者虐待の可能性

③(入院中の方のみ)退院後の予定について

退院後は施設入所を検討、予定している  在宅でのサービス利用を予定している

【認定調査について】

①調査場所の希望について ※調査は原則、日ごろの状況を把握できる場所で行っています。

自宅(住民票住所地)

自宅以外 ( 病院  介護保険施設  ケアハウス  グループホーム  その他) ※以下にご記入ください。

調査先・施設名 ※医療機関の場合は、病棟名、部屋番号までご記入ください。

例)〇〇病院 西7階 702号室、長女(〇〇様宅)

調査先住所・電話番号

電話:

②調査の立会いについて ※本人の状況をよくご存じの方に同席をお願いします。

なし(本人のみ)⇒本人と日中連絡のとれる電話番号 ① \_\_\_\_\_ ② \_\_\_\_\_

あり

氏名 ふりがな( )	本人との関係
立会人住所	日中連絡のとれる電話番号 ① _____ ② _____

③認定調査の日程の希望 (認定調査は平日の月曜日から金曜日に行います。)

いつでもよい  午前がよい  午後がよい

ご都合の悪い日があればご記入ください。( )

④駐車場の有無 ※調査員は車で訪問します。認定調査の間、調査員の車を駐車する場所がありますか。

あり ( 庭  車庫(ガレージ)  その他( ) )

なし ※路上駐車は違法行為になりますので、駐車場がない場合でも、駐車スペースの確保、またはご指示をお願いします。

(場所: )

例)自宅南側の空き地 など具体的にご記入ください。

⑤訪問調査に伺う際の留意事項 ※調査員に事前に知らせておきたいことがあればご記入ください。

なし  あり (  耳が遠い  認知症状あり  その他※以下に詳細をご記入ください。 )

例)耳が遠いので筆談が必要。 認知症の症状について本人のいないところで伝えたいことがある。 など

【市記入欄】  病院等に連絡済  当日電話要  オンライン(部屋: PC:  ホ  ゲ)  夫婦・同施( )

調査員	さん	調査日	月	日( )	時間	午前・午後	時	分
-----	----	-----	---	------	----	-------	---	---