

申請年月日 令和 年 月 日

介護保険 要介護・要支援認定 申請書

稲城市長 様

次のとおり申請します。

申請区分

- 新規 新規(要支援⇔要介護への変更) 転入
- 更新 区分変更(要支援⇔要支援への変更、要介護⇔要介護への変更)

被保険者(本人)	介護保険被保険者番号		0 0 0 0				個人番号					
	医療保険	保険者名					保険者番号					
		被保険者証		記号		番号		枝番				
	※第二号被保険者(40歳～64歳の医療保険加入者)は、医療保険被保険者証の写しを添付してください。											
	フリガナ					生年月日		明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)				
	氏名											
	住所 (住民登録地)		〒			(電話番号)						
	現在の居所	自 宅 以 外 記 入	病院・施設等の名称					(部屋番号)				
			病院・施設等の所在地 〒					(電話番号)				
			<入院・入所>			年 月 日		<退院・退所>		年 月 日頃・未定		
現在の要介護(要支援)認定の内容	要介護度		なし		要支援(1・2)		要介護(1・2・3・4・5)					
	有効期間		令和 年 月 日		～		令和 年 月 日					
申請の理由 ※更新申請は記入不要		具体的に(いつからどのように身体状態・認知症状が変わったか、それによる介護の手間など) <input type="checkbox"/> 前回認定時より著しく悪化 <input type="checkbox"/> 前回認定時より著しく改善 <input type="checkbox"/> その他										
特定疾病			※40歳～64歳の方のみ記入				※該当するか主治医に確認済みであること					

↓市は下記宛てに意見書の作成を依頼します。

主治医	医療機関	最終受診(年 月・入院中)					※ 今回の申請について主治医は意見書作成を了承していますか。 <input type="checkbox"/> 了承している <input type="checkbox"/> 了承していない ↓ 必ず、主治医に意見書作成をお願いしてください。
	医師氏名	診療科名(科)					
	所在地	〒					
		電話番号					

申請代行者	被保険者との関係	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 指定介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院				
	氏名・名称					
	住所	〒		(電話番号)		

介護(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若しく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。

本人・家族等の連絡先及び概況を地域包括支援センターに情報提供することに同意します。

本人氏名	代筆者署名	(本人との関係)
------	-------	-----------

≪事務処理欄≫

送付先指定	調査票	意見書	入力者	確認者
有・無				

「認定調査等についての確認票」もご記入ください。

認定調査等についての確認票

被保険者番号						被保険者(本人)氏名									
0	0	0	0												

1. 平日昼間の連絡先	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 申請代行者 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 <small>フリガナ</small> 氏名 _____ 続柄 _____ 電話 _____ <small>※本人または申請代行者と同一の場合は記入不要</small>																					
2. 調査時の立会者 <small>可能な限り、ご家族様やケアマネジャーの立会いをお願いします。</small>	<input type="checkbox"/> 申請代行者 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> なし <small>フリガナ</small> 氏名 _____ 続柄 _____ 電話 _____ <small>※申請代行者と同一の場合は記入不要</small>																					
3. 調査希望日	本人・立会者の都合の悪い曜日に×をご記入ください。 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td></td> <td>月</td> <td>火</td> <td>水</td> <td>木</td> <td>金</td> <td>備考</td> </tr> <tr> <td>午前</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>午後</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		月	火	水	木	金	備考	午前							午後						
	月	火	水	木	金	備考																
午前																						
午後																						
4. 調査場所で飼っているペットの有無	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り(種類 _____) <small>※有りの場合、調査の間は別室に移していただくか、ケージに入れてください。</small>																					
5. 現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他(_____) 駐車可能な場所 _____																					
6. 調査時留意点	<input type="checkbox"/> 認知症あり <input type="checkbox"/> 筆談が必要 <input type="checkbox"/> 別室での聞き取りが必要 上記以外に注意する点があればご記入ください。																					

認定結果通知書の送付先について

認定結果通知書は、原則として住民登録地の住所(送付先設定届が提出されていれば設定された送付先の住所)に郵送されます。

認定結果通知書の送付先を住民登録地の住所(送付先設定届が提出されていれば設定された送付先の住所)以外の住所宛てを希望する場合は☑し、送付先住所を記入してください。

下記の住所に送付希望

〒

様宛 (本人との関係 _____)