

申請日を記入してください。

介護保険の被保険者番号を記入してください。わからない場合は空欄でも受付します。

医療保険の保険者名等を記入してください。第二号被保険者の場合は、医療保険証の写しを添付してください。

現在の要介護(要支援)認定があれば記入してください。

主治医に申請することを伝え、受診後に申請してください。※最近の受診年月日を記入してください。入院中の場合は、「入院中」に○を記入してください。※主治医の氏名はフルネームで記入してください。

事業者が申請を代行する場合は記入してください。

記入例

該当する申請区分にチェックしてください。

12ケタのマイナンバー(個人番号)を記入してください。わからない場合は空欄でも受付します。

現在の居所が自宅以外の場合は記入してください。

申請の理由を具体的に記入してください。

【40~64歳の方】必ず記入してください。特定疾病に該当するか主治医に確認してください。

主治医が意見書の作成を了承しているか、✓を記入してください。了承を得ていない場合は、必ず申請した旨を主治医へ伝え、了承を得てください。

内容をご確認の上、記入してください。

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		申請区分 <input type="checkbox"/> 新規 <input checked="" type="checkbox"/> 新規(要支援⇔要介護への変更) <input type="checkbox"/> 転入	
次のとおり申請します。		<input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 区分変更(要支援⇔要介護への変更、要介護⇔要介護への変更)	
介護保険被保険者番号		0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	
医療保険被保険者番号		0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	
健康保険組合		健康保険組合	
保険者番号		00000	
被保険者証記号		00000	
番号		00000	
校番		00	
※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		イナギ タロウ	
氏名		稲城 太郎	
生年月日		明治・大正・昭和 ○○年 ○月 ○日 (○○歳)	
住所(住民登録地)		〒206-0802 稲城市東長沼0000 (電話番号) 000-000-0000	
現在の居所		病院・施設等の名称 <input type="checkbox"/> 病院 (電話番号) 000-000-0000	
<input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他		病院・施設等の所在地 (電話番号) 000-000-0000 〒206-0802 稲城市東長沼0000	
<input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他		<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		<input checked="" type="checkbox"/> 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 checked="" 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 <input type="checkbox"/> 更新申請は記入不要 ○月○日自宅にて転倒し骨折。移動に介助が必要。	
特定疾病		<input type="checkbox"/> 40歳~64歳の方のみ記入 <input type="checkbox"/> 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。			
医療機関		<input type="checkbox"/> 病院	
主治医		最終受診(年 月 日) <input checked="" type="checkbox"/> 入院中	
医師氏名		△△ △△ 診療科名(整形外 科)	
所在地		〒206-0802 稲城市東長沼0000 電話番号 000-000-0000	
※ 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 checked="" 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。			
申請者との関係		<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		稲城 太郎	
代筆者署名		稲城 花子 (本人との関係 妻)	
<<事務処理欄>> 「認定調査等についての確認票」もご記入ください。			
送付先指定	調査票	意見書	入力者
有・無			

認定調査等についての確認票

記入例

被保険者番号										被保険者(本人)氏名																						
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	稲城 太郎																						
1. 平日昼間の連絡先		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 申請代行者 <input checked="" type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 フリガナ ^{イキ} ^{ナツ} 氏名 稲城 梨子 続柄 長女 電話 000-000-0000 <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		<input type="checkbox"/> 申請代行者 <input type="checkbox"/> 家族 <input checked="" type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> なし フリガナ ^{イキ} ^{ナツ} 氏名 稲城 梨子 続柄 長女 電話 000-000-0000 <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"> <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>〇月〇日であれば午後也可。</td></tr> </table>											月	火	水	木	金	備考	午前							午後	×		×		×	〇月〇日であれば午後也可。
	月	火	水	木	金	備考																										
午前																																
午後	×		×		×	〇月〇日であれば午後也可。																										
4. 調査場所で飼っているペットの有無		<input type="checkbox"/> 無し <input checked="" type="checkbox"/> 有り(種類 小型犬) <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 checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他(.....) 駐車可能な場所 自宅前																														
6. 調査時留意点		<input checked="" type="checkbox"/> 認知症あり <input type="checkbox"/> 筆談が必要 <input checked="" 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。																														

認定調査(訪問調査)を行う日時について連絡を取っていただける方の氏名・フリガナ・続柄・電話番号を記入してください。
電話番号は、平日の日中に連絡が取れる番号を記入してください。

本人・立会者の都合の悪い曜日・時間帯に「×」を記入してください。具体的に指定する場合は、備考欄に記入してください。

本人の現在の居所を記入してください。また、自動車で訪問する際に、駐車ができる場所を記入してください。

認定調査を行う際に、認定調査員が配慮すべき事項があれば記入してください。

立会者がいる場合は、氏名・フリガナ・続柄・電話番号を記入してください。調査時はご家族様や、ケアマネジャーなど、ご本人様の日頃の様子を認識されている方に出来るだけ立会いただきますようお願いいたします。立会ができない場合は、「なし」に✓を記入してください。

認定調査を実施する場所でペットを飼っていない場合は「無し」に、飼っている場合は「有り」に✓を記入してください。「有り」の場合は、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。

認定結果通知書の送付先が、本人の住民登録地の住所(「送付先設定届」提出済みの場合は送付先となっている住所)以外を希望する場合は✓し、送付先の住所を記入してください。

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

〒 **206-0802**
稲城市東長沼〇〇〇〇

稲城 梨男 様宛 (本人との関係 **長男**)