

介護保険 要介護・要支援認定申請書

新規 更新 区分変更 転入

* 該当する申請に をしてください。

瀬戸内市長 様

次のとおり申請します。

		申請年月日	××年 ×月 ×日									
被 保 険 者	被保険者番号	0000123456				個人番号	00000000000000					
	医療保険	保険者名	瀬戸内市				保険者番号	330829				
		被保険者記号・番号	記号	000			番号	000			枝番	00
	フリガナ	セトウチ タロウ					生年月日	明・大(昭)年 月 日				
	氏名	瀬戸内 太郎					性別	(男) ・ 女				
	住所	瀬戸内市 邑久町尾張〇〇番地					電話番号	(0000-00-0000)				
現在の要介護認定	要支援1 ・ 要支援2 ・ 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5 有効期間 年 月 日から 年 月 日まで											
※14日以内に他自治体から転入した場合	・ 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(申請日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> いいえ											
介護サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 利用無し <input type="checkbox"/> 利用有り 利用曜日 月 火 水 木 金 土 日 利用施設・内容 () 利用時間帯 ()											

☐ ※ご本人が提出の場合は、提出者欄の記入は不要です。

提 出 者	氏名称	該当に <input checked="" type="checkbox"/> 家族 ・ 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)					続柄	長女	
	住所	〒 ×××-×××× 瀬戸内市邑久町尾張〇〇番地					電話番号	(0000-00-0000)	

☐ ※訪問するにあたって、日程調整をします。日中、確実に連絡が取れるところを記入してください。

訪 問 調 査	日程調整のための連絡先	氏名	瀬戸内 花子		続柄	長女		連絡先番号	0000-00-0000			
	同席希望	<input checked="" type="checkbox"/> 希望する (同席者氏名 瀬戸内 花子) ・ 希望しない (連絡 要 ・ 不要)										
	<訪問調査先>	*訪問先が被保険者住所と異なる場合は、必ず記入してください。										
	ア. 医療機関	病院名:				期間	年 月 日 ~ 年 月 日					
	イ. 施設	施設名:				電話番号:						
ウ. 自宅	(被保険者証の住所地と同じ)											
エ. その他	()											

☐ ※複数の医師にかかっている場合は、ご本人の心身状況をよく知っている医師を記入してください。

主 治 医	医療機関名	△△△病院				次回受診日	××月××日		
	主治医の氏名	(姓) △△	(名) △△		介護保険の申請について相談した	<input checked="" type="checkbox"/> はい ・ いいえ			
	所在地	〒 ×××-×××× 瀬戸内市〇〇町〇〇××番地				電話番号	(0000-00-0000)		

☐ ※医療保険の資格情報を確認できるものをお持ちください。

第二号被保険者（40歳から64歳で医療保険加入者）のみ記入

特定疾病名									
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

裏面の同意事項について、同意します。

本人氏名（被保険者名）

瀬戸内 太郎

（ 代筆者氏名

瀬戸内 花子

（ 続柄 ）

長女

労 災	有 ・ 無	証 回収	未回収	郵送	月 日	写 意 滞
-----	-------	------	-----	----	-----	-------

同意事項

- ①介護サービス計画作成等のために必要がある時は、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瀬戸内市から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もしくは介護保険施設等の関係者に写しを交付し、又は提示することに同意します。
- ②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要介護・要支援認定結果の写しを交付し、又は提示することに同意します。
- ③保険料滞納による支払方法の変更、保険給付の一時差止、給付額減額等の措置が行われた場合、その内容について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又は介護保険施設等に通知することに同意します。
- ④要支援1・2になった場合は、介護予防サービス対象者として、また要介護・要支援に該当しなかった場合は総合事業対象者を把握するために必要な内容について地域包括支援センターに通知することに同意します。
- ⑤要介護・要支援認定後、介護保険サービスを未利用の方は、更新の意向確認のために必要な内容について地域包括支援センターに通知することに同意します。

※①②④について、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みます。

区分変更申請の場合は、以下の欄もご記入ください。

① 申請の理由 *該当する項目にチェックを入れてください。（複数選択可）

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 体力が衰えてきた | <input type="checkbox"/> 訪問ヘルパーを利用したい |
| <input type="checkbox"/> 物忘れが増えてきた | <input type="checkbox"/> 通所サービスを利用したい |
| <input type="checkbox"/> 家族やサービスによる介護の量が増した | <input type="checkbox"/> 入所を検討している |
| <input type="checkbox"/> 医療機関に薦められた | <input type="checkbox"/> 制度を利用して住宅改修したい |
| <input type="checkbox"/> 傷病により介護が必要になった | <input type="checkbox"/> 制度を利用して福祉用具を利用したい |

*傷病名を本人はご存知ですか
(はい ・ いいえ)

② チェックを入れた理由の詳細を記入してください。

③ 認定やサービス利用を急いでますか？ (はい ・ いいえ)

*「はい」の場合、理由を記入してください。

介護保険 要介護・要支援認定申請書

新規 更新 区分変更 転入

* 該当する申請に をしてください。

瀬戸内市長 様

次のとおり申請します。

		申請年月日	××年 ×月 ×日									
被 保 険 者	被保険者番号	0000123456				個人番号	00000000000000					
	医療保険	保険者名	瀬戸内市				保険者番号	330829				
		被保険者記号・番号	記号	000			番号	000			枝番	00
	フリガナ	セトウチ タロウ					生年月日	明・大(昭)年 月 日				
	氏名	瀬戸内 太郎					性別	(男) ・ 女				
	住所	瀬戸内市 邑久町尾張〇〇番地					電話番号	(0000-00-0000)				
現在の要介護認定	要支援1 ・ 要支援2 ・ (要介護1) ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5 有効期間 ××年 ××月 ××日から ××年 ××月 ××日まで											
※14日以内に他自治体から転入した場合	・ 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(申請日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> いいえ											
介護サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 利用無し <input checked="" type="checkbox"/> 利用有り 利用曜日 月 (火) 水 (木) 金 土 (日) 利用施設・内容 (デイサービス) 利用時間帯 (9:00~16:00)											

☐ ※ご本人が提出の場合は、提出者欄の記入は不要です。

提 出 者	氏名称	該当に〇 (家族) ・ 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) 瀬戸内 花子				続柄	長女	
	住所	〒 ×××-×××× 瀬戸内市邑久町尾張〇〇番地				電話番号	(0000-00-0000)	

☐ ※訪問するにあたって、日程調整をします。日中、確実に連絡が取れるところを記入してください。

訪 問 調 査	日程調整のための連絡先	氏名	瀬戸内 花子		続柄	長女		連絡先番号	0000-00-0000			
	同席希望	<input checked="" type="checkbox"/> 希望する (同席者氏名 瀬戸内 花子) ・ <input type="checkbox"/> 希望しない (連絡 要 ・ 不要)										
	<訪問調査先>	*訪問先が被保険者住所と異なる場合は、必ず記入してください。										
	ア. 医療機関	病院名:				期間	年 月 日 ~ 年 月 日					
	イ. 施設	施設名:				電話番号:						
(ウ) 自宅	(被保険者証の住所地と同じ)											
エ. その他	()											

☐ ※複数の医師にかかっている場合は、ご本人の心身状況をよく知っている医師を記入してください。

主 治 医	医療機関名	△△△病院				次回受診日	××月××日		
	主治医の氏名	(姓) △△	(名) △△		介護保険の申請について相談した	(はい) ・ いいえ			
	所在地	〒 ×××-×××× 瀬戸内市〇〇町〇〇××番地				電話番号	(0000-00-0000)		

☐ ※医療保険の資格情報を確認できるものをお持ちください。

第二号被保険者 (40歳から64歳で医療保険加入者) のみ記入

特定疾病名									
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

裏面の同意事項について、同意します。

本人氏名 (被保険者名)

瀬戸内 太郎

(代筆者氏名

瀬戸内 花子

(続柄)

長女

労 災	有 ・ 無	証 回収	未回収	郵送	月 日	写 意 滞
-----	-------	------	-----	----	-----	-------

同意事項

- ①介護サービス計画作成等のために必要がある時は、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瀬戸内市から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もしくは介護保険施設等の関係者に写しを交付し、又は提示することに同意します。
- ②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要介護・要支援認定結果の写しを交付し、又は提示することに同意します。
- ③保険料滞納による支払方法の変更、保険給付の一時差止、給付額減額等の措置が行われた場合、その内容について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又は介護保険施設等に通知することに同意します。
- ④要支援1・2になった場合は、介護予防サービス対象者として、また要介護・要支援に該当しなかった場合は総合事業対象者を把握するために必要な内容について地域包括支援センターに通知することに同意します。
- ⑤要介護・要支援認定後、介護保険サービスを未利用の方は、更新の意向確認のために必要な内容について地域包括支援センターに通知することに同意します。

※①②④について、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みます。

区分変更申請の場合は、以下の欄もご記入ください。

① 申請の理由 *該当する項目にチェックを入れてください。（複数選択可）

- | | |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> 体力が衰えてきた | <input checked="" type="checkbox"/> 訪問ヘルパーを利用したい |
| <input type="checkbox"/> 物忘れが増えてきた | <input type="checkbox"/> 通所サービスを利用したい |
| <input checked="" type="checkbox"/> 家族やサービスによる介護の量が増した | <input type="checkbox"/> 入所を検討している |
| <input checked="" type="checkbox"/> 医療機関に薦められた | <input checked="" type="checkbox"/> 制度を利用して住宅改修したい |
| <input type="checkbox"/> 傷病により介護が必要になった | <input type="checkbox"/> 制度を利用して福祉用具を利用したい |
- *傷病名を本人はご存知ですか
(はい ・ いいえ)

② チェックを入れた理由の詳細を記入してください。

×月×日転倒し、骨折。
〇〇病院へ緊急搬送。×日×日退院。石より介護保険の区分変更申請を勧められた。
以前に比べ、歩行困難になり家族の介助負担が増えた。

③ 認定やサービス利用を急いでますか？ (はい ・ いいえ)

*「はい」の場合、理由を記入してください。
病院でリハビリを行ったが、以前のように体が動かさなくなり家族の負担が増えており、すぐにサービス内容の変更をしたいため。