

申請書記入例

(受付印)

介護保険 要介護・要支援認定 申請書

新規(要支援からの変更) 更新 区分変更

申請区分を☑

介護保険被保険者証に記載された10ケタの番号を記入

申請年月日 年 月 日

介護保険被保険者番号	2 0 0 0 0 0 0 0 0 0										個人番号	* * * * * * * * * * * * * * * *										
医療保険	保険者名	三重県後期高齢者医療広域連合										保険者番号										
	被保険者記号・番号	記号											番号	111111								
被保険者	フリガナ	イ 伊										大(昭)〇〇年〇〇月〇〇日	(〇〇歳)									
	氏名	伊										(男)・女										
	住所	〒 伊										電話番号	0595-26-0000									
前回の要介護認定の結果等	*要介護・要支援更新認定の場合のみ記入		要介護度状態区分	要支援 1 2		要介護 1 2 3 4 5																
	有効期間		年 月 日 から 年 月 日																			

医療保険の内容を記入

☆申請時に必要なもの☆

- 介護保険被保険者証 (郵送の場合も原本を同封)
- 医療保険の内容が分かるもの (資格確認書など)

過去6ヶ月間に、介護保険施設等に入所・入院されている場合は記入

更新の場合は、前回の認定結果を記入

過去6ヶ月間の介護保険施設・医療機関等の入院・入所の有無	有・無	転入元自治体(市町村)名										
現在、(既に認定済)を申請中ですか。	はい・いいえ											
申請日	年 月 日											

提出者(来庁する人または郵送する人)を記入
*代行の場合は、事業所名・住所、提出者の氏名を記入

介護認定を受けるために、現在のご本人の状態をよく分かっている医師を記入してください。記入された医師へ市役所から意見書記入の依頼をします。

提出者	氏名	*被保険者本人が申請する場合は記入									
	代行者名称	該当に〇(地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・指定介護老人福祉施設)									
主治医	医療機関名										
	所在地	〒 電話番号									

第二号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

特定疾病名	※65歳未満で2号認定を受ける方は特定疾病名を必ずご記入ください。									
-------	-----------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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、介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設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又は認定調査員又は認定調査員又は認定調査員又は認定調査員と同意します。

やむを得ない理由で本人が署名できない場合は、本人に同意の意思を確認し、申請者が代筆署名してください。

主治医の診察を受けていますか?

数ヶ月受診されていないと、主治医意見書の作成ができない場合があります。その場合、受診のお願いの連絡をさしあげることがあります。

本人署名 伊賀 花子
代筆 伊賀 太郎

訪問調査にあたり、下記の□にチェック（レ点）を付けた上、必要事項をご記入下さい。

申請理由
(新規申請・変更申請の場合)

(新規) **足腰が弱り外出の機会が減ったので、デイサービスを利用したい。**
 (新規) **一人暮らしで家事ができなくなったため、ホームヘルパー希望。**
 (変更) **脳梗塞で入院中。寝たきりになり自宅での介護難しく施設入所希望。**
 (変更) **認知症が進行し、ショートステイや入浴サービスを増やしたい。**

○訪問調査日として都合の悪い日・悪い時間等をお聞きます。

[訪問調査は、土・日曜日、祝日、12月29日～1月3日は実施して]

- いつでもよい
 通院やデイサービス利用日等で都合の悪い日、悪い曜日

水曜日はデイサービス、〇月〇日は通院

[実施時間は、~~9:00~~、10:30、13:30、15:00]

- いつでもよい
 都合の悪い時間帯がある（上記実施時間に×をつける）

更新の場合は、原則記入不要です。
(心身の状況等で、特に伝えたいことがあればご記入ください)

入院中の場合は、
状態が安定してから調査を行います。

- ・入院した日
- ・病室
- ・退院予定日（目途）
- ・主治医の許可 を必ずご記入ください。

○訪問調査先について

自宅 _____ (_____) 団地・アパート

施設 入所中 _____ 施設名

短期入所 (ショートステイ) 施設名 _____ [利用期間] _____ ~ _____

入院先の病院 (〇月 〇日から入院) _____ 〇〇総合 病院 〇〇 病棟 〇〇〇 号室

退院の目途 有り いつ頃 _____ 〇月 中旬 日頃

無し

主治医の許可 有り

無し

←許可をもらってから調査日程を決めますので、
まずは入院先の主治医もしくは看護師と相談してください。

その他 (自宅以外) _____ 場所名

○調査時の立会の有無について

有り 氏名 **伊賀 太郎** (本人との関係: **夫**)

無し 理由 _____

[当日、調査対象者の方の状態や介護の様子をありのまま調査させて頂き、普段の様子もお聞きます。ご本人や介護されている方が、普段困っていることなどを具体的にお伝えください。]

*調査時間: 約1時間です。「途中でしんどくなった」場合は、遠慮なく教えてください。

*調査項目に確認動作 (手を上げるなど) があり、無理のない範囲で行っていただきます。

◆お願い◆

調査日までに、あらかじめ調査員に伝えておきたいことがありましたら、

申請時の窓口でおきかせいただくか、調査前日までにお電話ください。[認定調査係 TEL 26-3941]

○申請及び調査に関することについての連絡先

本人 立会者 家族 (続柄: _____) その他 (関係: _____)

氏 名 **伊賀 太郎**

電 話 **0595-26-0000** *調査日時の確認の電話

携帯電話 **090-0000-0000**

連絡場所(施設、職場等) _____ (_____)

お電話する時間帯の指定は
できません。

希望する 不要

市役所整理欄

申請 入力	資格者証	被保険者証 回収	被保険者証 未回収処理	調査予約	調査通知	調査日時 調査員名:	チェック 項目	ダブル チェック
<input type="checkbox"/> 手渡し <input type="checkbox"/> 郵送	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	⇒ <input type="checkbox"/> 再交付申請済 <input type="checkbox"/> 調査時回収 <input type="checkbox"/> 後日持参	<input type="checkbox"/> 再交付申請済 <input type="checkbox"/> 調査時回収 <input type="checkbox"/> 後日持参	<input type="checkbox"/> 施設委託	<input type="checkbox"/> 手渡し <input type="checkbox"/> 郵送	月 日 () : ~	<input type="checkbox"/> 調査日時 <input type="checkbox"/> 相談メモ	<input type="checkbox"/>