

記入例等

マイナンバー制度が開始され、原則、個人番号の記載が必要となりましたが、個人番号の記載が難しい場合等は、個人番号の記載は必要ありません。また、個人番号の記載をされた場合は、個人番号確認や身元確認等が必要となります。詳細は、別紙の「介護保険関係申請時における本人確認等の取り扱いについて」をご確認ください。

介護保険

要介護認定・要支援認定

申請書

要介護更新認定・要支援更新認定

2回目以降の申請の場合、記載する必要はありません。

次のとおり申請します。

申請年月日

平成

年

月

日

被 保 者	被保険者番号	※ 介護保険被保険者証の番号を記入		個人番号																
	フリガナ	※ 認定を受ける本人のフリガナを記入		生年月日	※ 認定を受ける本人の生年月日を記入															
	氏名	※ 認定を受ける本人の氏名を記入		性別	※ 認定を受ける本人の性別を記入															
	住所	※ 認定を受ける本人の住所を記入																		
険 者	住所	電話番号 ※ 認定を受ける本人の電話番号を記入																		
	前回の要介護認定の結果等 <small>*要介護・要支援更新認定の場合のみ記入</small>	要介護状態区分																		
		※ 更新・区分変更申請の場合は、前回の認定結果等を記入																		
		有効期間 平成 年 月 日から 平成 年 月 日																		
者	過去6月間の介護保険施設・医療機関等入院、入所の有無	介護保険施設の名称等・所在地							期間 年 月 日 ~ 年 月 日											
	有・無	介護保険施設の名称等・所在地							※ 過去6ヶ月間に介護保険施設に入所している場合、医療機関に入院している場合、施設名及びおおよその期間を記入											
		医療機関等の名称等・所在地							期間 年 月 日 ~ 年 月 日											
		医療機関等の名称等・所在地							期間 年 月 日 ~ 年 月 日											

提出 代 行 者	名称	該当に○ (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)																
	住所	〒 ※ 居宅介護支援事業者や指定介護老人福祉施設等が提出を代行される場合に記入																
		印 電話番号																

主治 医	主治医の氏名	※ 認定を受ける本人が通院・入院しているかかりつけ医の氏名を記入					医療機関名	※ 認定を受ける本人が通院・入院しているかかりつけ医療機関名を記入				
	所在地	〒 ※ 認定を受ける本人が通院・入院している医療機関の所在地を記入										
		電話番号 ※ 医療機関の電話番号を記入										

2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

医療保険者名	※ 健康保険証保険者名を記入			医療保険被保険者証 記号番号	※ 健康保険証の 記号番号を記入		
特定疾病名	※ 注意 健康保険証の写しを提出してください。 「特定疾病名」を記入してください。						

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成するために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、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、佐用町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。

※ 介護保険被保険者証を提出してください。

本人氏名

※ 認定を受ける本人の氏名を記入

記入例

認定調査連絡票

この連絡票をもとに調査員が電話で連絡の上、訪問調査日時を相談させていただきます。※ 82-2079より電話します。

1. 申請者にチェックをつけてください 家族 本人 事業者 包括

2. 介護認定を受ける人の世帯状況にチェックをつけてください
 独居 高齢世帯 家族と同居 施設に入所 その他 ()

3. 申請の種類及び申請理由にチェックをつけてください

① 申請種類 新規 更新 変更

② 申請理由

申請をすすめられた： 家族 知人 病院職員 その他 ()

介護保険サービスを利用したい

その他 ()

4. 現在利用している介護サービスの状況についてチェックをつけ、利用されている曜日に○をつけてください。

<input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護	<input checked="" type="checkbox"/> 月・火・水・木・金・土・日	<input type="checkbox"/> 短期入所	月・火・水・木・金・土・日
<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護	月・火・水・木・金・土・日	<input type="checkbox"/> 小規模多機能	月・火・水・木・金・土・日
<input type="checkbox"/> 訪問看護	月・火・水・木・金・土・日	<input type="checkbox"/> その他 ()	月・火・水・木・金・土・日
<input type="checkbox"/> 通所介護	月・火・水・木・金・土・日	定期的な通院の有無：有・無	
<input type="checkbox"/> 通所リハ	月・火・水・木・金・土・日	通院有の場合病院名 ()	

※ 病院に通院されている場合、定期的な通院の有に○を入れ病院名を記入してください

5. 訪問調査先にチェックをつけ、自宅以外は下線の項目を記入してください

自宅

施設・病院等 施設・病院名 (号室) 退院予定 月頃

自宅以外の個人宅 訪問先氏名 TEL - -
訪問先住所

6. 訪問調査時の同席者の有無にチェックをつけてください

同席者有 同席者無

※ 同席者有の場合は、家族等の氏名、本人との関係を記入してください

家族等の氏名 佐用花子 本人との関係 妻

7. 日程調整を行う人にチェックをつけ、下線の項目を記入してください

本人 本人以外 (本人との関係：妻)

日中の連絡先 (携帯電話など) 090-1234-5678

連絡が取れる時間 (月・水・金曜日の午前・午後10時～午前・午後3時まで)

※ 月曜日から金曜日の午前8時30分～午後4時30分までの時間を記入してください

8. 調査に当たり、介護認定を受ける人及び同席者の都合の悪い曜日等に×をつけてください

	月	火	水	木	金
午前			×		
午後	×				

※土曜、日曜、祝日は、調査を行っていません。

9. 調査員に伝えておきたいことがあれば記入してください

(記入例) 難聴、言語の理解ができない、意思の伝達ができない、もの忘れがあるなど

難聴有、意思の伝達ができない

10. その他 (記入してください)

① 利用している居宅介護支援事業所 (介護居宅介護支援事業所) ② 担当ケアマネージャー (介護花子)

以上のような要領で、迅速な介護認定調査実施のため、ご記入をお願いします。