

# 介護保険 要介護認定・要支援認定申請書

香芝市長 様

(新規・更新・変更・転入)

次のとおり申請します。

介護保険情報	個人番号											申請年月日	令和 ×年 ×月 ×日	
	被保険者番号	0	0	0	0									
	フリガナ	カシバ フクシ										生年月日	明・大・昭 ×年 ×月 ×日	
	氏名	香芝 福祉										性別	男 ・ 女	
	住所	〒 香芝市逢坂1丁目123-4										電話番号	0745-77-0000	
	現在の要介護状態区分等	認定区分	要介護 1 2 3 4 5					要支援 1 2						
		有効期間	平成・令和 年 月 日 から					平成・令和 年 月 日						
	転入時	転入前自治体名【 】										※ 転入前自治体で要介護・要支援認定を申請中の方【 申請日 令和 年 月 日 】		
	現在の入所入院状況	有・無	名称	病院入院中・施設入所中の方は、ご記入ください							期間	年 月 日から		
			所在地											
医療機関名	支援 大介					主治医氏名	生き生き病院 整形外科							
所在地	香芝市□町○丁目△番地○					電話番号 ○△-○×△□								

医療保険情報	国民健康保険・社会保険の方（75歳未満の方）		後期高齢者医療保険の方（75歳以上の方）			
	(保険者名)	○×△□○×△□	(保険者番号)	○×△□○×△□	(保険者番号)	○×△□○×△□
	(番号)	医療保険被保険者の写しを添付していただくか、医療保険者名・医療保険被保険者証の記号・番号を記載していただきますようお願い致します。				

以下について同意します。

- 介護サービス計画等又は介護予防サービス計画等を作成するためには必要があるときは、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香芝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。
- 個人番号もしくは医療保険被保険者番号の記載が無い場合で、市職員が住民基本台帳等で確認ができる場合は、申請書欄に補記すること。

ご本人が署名できない場合は、代筆者が本人署名と代筆者署名をご記入ください

※代筆者による署名の場合は、代筆者署名欄も記入して下さい。親族のみ代筆が可能です。

本人署名 (代筆者署名 続柄 )

提出代行者	名称	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・介護医療院										
	住所	〒										電話番号

※ 第2号被保険者（40歳以上65歳未満の医療保険加入者）の方

特定疾病名	40歳～64歳までの方は、特定疾病名を必ず記載してください
-------	-------------------------------

## 訪問調査にあたって 被保険者番号

氏名 香芝 福祉

認定調査については、公平・公正な調査を行うため、原則として市職員または現在利用中の居宅介護支援事業者の介護支援専門員以外の者が行います。調査員は認定調査前に必ず連絡をしますが、介護認定を迅速・正確に行うため下記に記入してください。調査所要時間は1時間前後の見込みです。※希望する項目にチェック☑を付けた後、必要な箇所にご記入ください。

## 1. 調査場所について

訪問先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他	入院・入所先での調査をご希望の場合は、病院・施設名・病棟等 具体的に記入下さい	)
	<input type="checkbox"/> 入院・入所先 (		
	訪問先住所 ( 香芝市逢坂1丁目123-4 )		

## 2. 調査の希望日時について

曜日	<input checked="" type="checkbox"/> いつでもよい <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金
	※土曜日・日曜日・祝日の調査希望はご遠慮ください。
時間	<input type="checkbox"/> いつでもよい <input checked="" type="checkbox"/> 午前 10 時頃 <input type="checkbox"/> 午後 時頃
	※9:00~16:00の間をお願いします。

※ 入院・入所先での調査については、施設等の都合によりご希望に添えない場合があります。

## 3. 調査日時の連絡先について（更新申請は委託している居宅介護支援事業所から連絡します）

連絡先	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	氏名 ( 香芝 花子 ) 続柄 ( 長男の嫁 )
	電話 ( 0745 ) 79 - XXXX 携帯電話 ( 090 ) XXXX - XXXX
連絡可能な時間帯	<input type="checkbox"/> いつでもよい <input type="checkbox"/> 時頃から 時頃 ※9:00~17:00の間をお願いします。

## 4. 調査時の立会について（日頃の生活状況及び介護の現状等についてお聞きします）

<input checked="" type="checkbox"/> 立ち会いを希望する	立会者氏名 ( 香芝 花子 )
<input type="checkbox"/> 調査実施日時のみ連絡希望する	続柄 ( 長男の嫁 )
<input type="checkbox"/> 立ち会いも日時も連絡希望しない	T E L ( 090 ) XXXX - XXXX

## 5. 利用を予定しているサービスについて

<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 新規 (	利用を予定しているサービスがあればご記入下さい。 利用中の方で新たなサービスの利用予定があればご記入下さい
<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 追加 (	
<input type="checkbox"/> 未定	<input type="checkbox"/> 継続 (現在利用中のサービス)	

## 6. 最近（直近2年）、交通事故に遭った経験について

<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	それはいつ頃ですか	直近2年間に、交通事故に遭ったことがある場合は、ご記入下さい。
---	-----------	---------------------------------

## 7. 申請を希望した経緯について（病名や今の身体状況、日常生活で困っていること、区分変更理由等）

ご本人様の身体や日常生活の状況、介護でお困りのことや申請に至った理由などをご記入下さい。 また、事前に調査員に伝えたいことなどがあればご記入下さい。
---