**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。





|  |
| --- |
| 　**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。****・　個人番号また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。**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※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　　　　　 ）** |



* **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**



**フリガナ**

訪問調査にあたって　　　**被保険者番号　　　　　　　　　氏名**

　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 | □ 自宅　　□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）□ 入院・入所先（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　病棟　　　　号室）訪問先住所（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

**２．調査の希望日時について**

|  |  |
| --- | --- |
| 曜　　日 | □ いつでもよい　　□ 月　　□ 火　　□ 水　　□ 木　　□ 金※土曜日・日曜日・祝日の調査希望はご遠慮ください。 |
| 時　　間 | □ いつでもよい　　□午前　時頃　　□ 午後　　　時頃※9:00～16:00の間でお願いします。 |

※ 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 | □自宅　　□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）氏　　名（　　　　　　　　　　　 　）続柄（　　　　）電　　話（　　　　　　　）　　　　　―　携帯電話（　　　　　　　）　　　　　―　 |
| 連絡可能な時 間 帯 | □ いつでもよい　　□　　　　　時頃から　　　　　時頃※9:00～17:00の間でお願いします。 |

**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）**

|  |  |
| --- | --- |
| □ 立ち会いを希望する□ 調査実施日時のみ連絡希望する□ 立ち会いも日時も連絡希望しない | 立会者氏名（　　　　　　　　　　　　　　　　）続　　　柄（　　）Ｔ　Ｅ　Ｌ（　　　　　　）　　　　―　　 |

**５．利用を予定しているサービスについて**

|  |  |
| --- | --- |
| □ あり□ なし□ 未定 | □ 新規（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□ 追加（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□ 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**

|  |  |
| --- | --- |
| □ あり　□ なし | それはいつ頃ですか。　　　　　　　　　　 年 　月 　日 |

**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）**

|  |
| --- |
|  |