

介護保険 要介護認定・要支援認定申請書

(新規 ・ 更新 ・ 変更 ・ 転入)

香芝市長 様

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																			生年月日	明・大・昭	年	月	日	
	氏名																			性別	男	・	女		
	住所	〒																							
		電話番号																							
	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																			期間	年 月 日から	年 月 日まで		
		所在地																							
医療機関名																			主治医氏名						
所在地																									

医療 保険 情報	国民健康保険・社会保険の方												後期高齢者医療保険の方											
	(保険者名)						(保険者番号)						(保険者番号)											
	(番号)				(記号)				(枝番)				(被保険者番号)											

以下について同意します。

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、主治医意見書、香芝市が提供を受けた介護サービス計画及び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の関係人が取得した心身の状況等の情報を、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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する（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む。）ことに同意します。

※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	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・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																								
-------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他（	）
	<input type="checkbox"/> 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	<input 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 type="checkbox"/> 午前 時頃 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他（	）	
	氏 名（	）続柄（	
	電 話（	）	—
	携帯電話（	）	—
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）

<input type="checkbox"/> 立ち会いを希望する	立会者氏名（	）
<input type="checkbox"/> 調査実施日時のみ連絡希望する	続 柄（	）
<input type="checkbox"/> 立ち会いも日時も連絡希望しない	T E L（	）

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（	）
<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。	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）

--