

介護保険 要介護・要支援認定申請書 表面記入例

あてはまる項目に○印

介護保険被保険者番号を記入

介護保険 要介護・要支援（新規・更新・区分変更・転入）認定申請書

甲斐市長 様 次のとおり申請します

申請日を記入

かい たろう

氏名

甲斐 太郎

医療保険者

後期高齢者医療（国保・協会けんぽ・健康保険組合・その他）
保険者名（甲斐市）・生保

保険者番号

医療保険被保険者証記号番号

医療保険の情報を記入してください。

係原2610

転入・更新・区分変更の場合

現在の要支援・要介護の状態区分・有効期間を記入

過去6月間に入院・入所した介護保険施設・医療機関等について記入してください

※【現在の状況】で記入した医療機関等は再度記載する必要はありません。

2と3の場合は、名称・連絡先を記入してください。

入院・入所中の場合は期間を記入してください。

現在の状況

【名称】

連絡先:

()

入院・入所中の期間

年 月 日から

(退院・退所予定 年 月)

過去6月間の介護保険施設、医療機関等への入院・入所
有・無

1 介護保険施設

2 医療機関 の名称

【名称: ○○県立○○病院】

平・令 ○年 ○月 ○○日から

平・令 ○年 ○月 ○○日まで

被保険者との関係
(該当に○)

1 家族 続柄(子)

2 地域包括支援センター

3 居宅介護支援事業所

4 介護老人福祉施設

5 介護老人保健施設

6 地域密着型介護老人福祉施設

7 介護医療院

申請代行者が上記以外の場合は委任状が必要(別世帯の家族も必要です)裏面に様式はありますが任意の様式でも結構です

フリガナ

かい はなこ

氏名・名称

甲斐 花子

住 所

*被保険者と同じ場合は省略可

電話

家族であっても、別世帯の場合は続柄の確認ができないため委任状が必要になります。
電話番号は、日中連絡のつきやすい番号を記入してください。

立会人

1 申請代行者と同じ

2 申請代行者以外の方

氏名

被保険者との関係

日中連絡先

()

3 立会人なし

*認定調査は原則、平日行います

日程調整の連絡をしますので、日中連絡がつく番号を記入してください

主治医

医療機関名

○

主治医の氏名

○

所在地

甲

申請書に記載された主治医に市が意見書を依頼しますので、事前に了承を得てください。了承を得た場合はチェックを入れてください。

また、原則3カ月以内の受診が必要になります。最終受診から期間が空いている場合は、再度の受診をお願いします。

医師の了解を得た ※チェックしてください

最終受診月

※原則3カ月以内の受診が必要です

科

令和 ○年 ○月

番号 ○○○ (○○○) ○○○○

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、この要介護(要支援)認定申請に係る認定調査の内容及び主治医意見書を地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、介護保険施設に勤務する職員に、また意見書を記載した医師が必要とするときは、認定審査会による判定結果・意見を当該医師に情報提供することに同意します。併せて、更新認定申請から30日以内に要介護認定の処理がなされないとき、認定有効期間内であれば、延期通知を送付しないことに同意します。

本人(被保険者)氏名の記入をお願いします。

本人署名

甲斐 太郎

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

医療保険者名

*認定調査のための電話連絡の希望などをお書きください

第2号被保険者の申請の場合、特定疾病(裏面下段参照)に該当する必要があります。併せて医療保険の情報の記入もお願いします。

●立会人欄について

在宅の場合

出来る限り日頃の様子を十分わかっていらっしゃる方の立会をお願いします。

施設入所・入院中の場合

家族が立会を希望する場合は、施設・入所先に立会ができるか確認してください。

立会ができる場合は立会人欄に家族等の連絡先を記入したうえで、

裏面【訪問場所】欄に施設の職員など調査の日程調整先を記入してください。

立会ができない場合や立会を希望しない場合は、施設職員に立会をお願いしたうえで、

連絡先等を記入してください。

※入院・入所中の調査の場合、家庭での様子は認定結果に反映されません。

介護保険 要介護・要支援認定申請書 裏面（聞き取りシート）記入例

訪問場所	① 被保険者住所(表面記載の住所) ② 入院・入所先(表面【現在の状況】に記載) 表面下段の【●立会人欄について】の記載を確認のうえ、記入してください。 ③ その他(1. 2以外の場合) 具体的には ● 立会人について 立会を希望する場合→入院入所先等で立会することが できる・できない ※申請前に確認してください。 ・ 立会ができる場合 は、表面【立会人】欄に家族の連絡先を記入し、下の施設担当者名・連絡先を記入してください。 【施設担当者名: () 連絡先: ()】 ・ 立会ができない場合・立会を希望しない場合 は、表面【立会人】欄に施設担当者名、連絡先を記入してください。	
本人の現在の状況	ご本人の状況について、該当する箇所にチェックをお願いします。 歩行について(室内)【 ☐ できる ☒ 杖や歩行器など ☐ 車いす ☐ 排泄について ☐ できる ☒ 時々失敗がある(頻度 週4回) ☐ 認知症状 ☐ なし ☐ ひどい物忘れ(具体的に) ☐ 家族構成 ☐ 独居 ☐ 夫婦のみ ☒ その他同居者あり(別世帯の娘) ☐ 主な疾病名 【疾病名: ○○骨折 (RO年頃)・疾病名: ()年頃】 ※このチェックは、申請に伴い日頃の様子を伺うためのものになります。 認定結果については訪問調査と主治医意見書の内容により審査判定が行われますので、ご承知をお願いします。	
注 意 事 項	☐ 介護認定の調査であることを本人に伝えないでほしい ☒ 本人の前では伝えづらいことがある 【具体的に記入してください。 認知面・排泄のこと ()】 ☐ 調査をするのに筆談が必要 ☐ 室内に放し飼いのペットがいる 【犬・猫・その他 ()匹】 ※ペットがいる場合は、調査の際に配慮すべきことがあれば記入をお願いします。 ☐ その他(配慮すべきことや、事前に知らせておきたいことがありましたら、【内容】欄に記入してください。)	
サービス利用状況	事業対象 要支援 要介護	・ケアプラン作成事業所名(○○居宅介護支援事業所) (居宅・小規模多機能・看護多機能) ・(介護予防)通所介護(デイサービス) (12)/月 ・(介護予防)通所リハビリテーション(デイケア) ()/月 ・短期入所生活介護(ショートステイ) (4)/月 ・住宅改修(有・無) ・福祉用具(2)品目 【 ベッド・手すり・車いす ・その他()】 ・訪問介護(回/月)・訪問看護(回/月)・訪問リハ(回/月) ・その他() ・(看護)小規模多機能型居宅介護 月・火・水・木・金・土・日 ・サービスは利用していない
その他	☐ 認定の結果を住民票とは違う住所に送ってほしい(別途届出書の記入が必要) ☒ 現在の状態は安定しており調査可能 ☐ 主治医より認定の申請を勧められた ☒ 前回の調査時と比べて身体等の状態の変化があった (改善・悪化) ☐ サービスの内容や体の状態について相談したいことがある(はい・いいえ) ※★についてチェックをした場合は【内容】欄に詳細を記入してください。	
【内容】 前回からの状態の変化・サービス内容や体の状態の相談・調査の際に配慮すべきことなどがあれば記入してください。		

※申請代行者が委任状が必要な場合は下記にご記入ください。(例:別世帯の家族・表面の代行申請者2～7以外の施設等)

委任状	申請代行者	住所 甲斐市篠原2610番地	私は左記のものを代理人と定め、本申請に関する権限を委任します。 被保険者氏名 甲斐 太郎 印 ※本人自署の場合は押印不要です。
		氏 名 甲斐 花子 続柄 子	
		連絡先 055-278-1693	

(参考)特定疾病名 ※第二号被保険者は次の特定疾病によることが認定の要件となります。

- | | | |
|---|-------------|-----------------------------|
| 1 がん(医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込がない状態に至ったと判断したものに限る。) | 2 関節リウマチ | 3 筋萎縮性側索硬化症 |
| 4 後縦靭帯骨化症 | 5 骨折を伴う骨粗鬆症 | 6 初老期における認知症 |
| 7 進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病 | 8 脊髄小脳変性 | 9 脊柱管狭窄症 |
| 10 老老症 | 11 多系統萎縮症 | 12 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症 |
| 13 脳血管疾患 | 14 閉塞性動脈硬化症 | 15 慢性閉塞性肺疾患 |
| 16 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症 | | |