

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

|                                  |                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                   |                                                                                                                       |                         |                            |                                                        |               |  |  |                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|----------------------------|--------------------------------------------------------|---------------|--|--|-----------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 被<br>保<br>険<br>者                 | 申請日                                                                                                                                                                                                                                        | 令和 年 月 日                                                                                                                                          |                                                                                                                       |                         | 被保険者番号                     |                                                        |               |  |  |                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                  | フリガナ                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                   |                                                                                                                       |                         | 個人番号                       |                                                        |               |  |  |                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                  | 氏 名                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                   |                                                                                                                       |                         | 生年月日                       |                                                        | 大・昭 年 月 日（才）  |  |  |                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                  | 医療保険者                                                                                                                                                                                                                                      | 後期高齢・国保・協会けんぽ・健康保険組合・その他<br>保険者名（ ）・生保                                                                                                            |                                                                                                                       |                         | 保険者番号                      |                                                        | 医療保険被保険者証記号番号 |  |  |                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                  | 住 所<br>※住民票住所                                                                                                                                                                                                                              | 甲斐市<br>電話番号（ ）                                                                                                                                    |                                                                                                                       |                         |                            |                                                        |               |  |  |                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                  | 現在の要介護認定<br>の結果等                                                                                                                                                                                                                           | *要介護・要支援更新<br>認定の場合のみ記入                                                                                                                           | 要介護の状態区分                                                                                                              | 要支援（ ）                  |                            | 要介護（ ）                                                 |               |  |  |                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                  |                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                   | 有効期間                                                                                                                  | 平・令 年 月 日から 平・令 年 月 日まで |                            |                                                        |               |  |  |                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                  |                                                                                                                                                                                                                                            | ※14日以内に他自治<br>体から転入した者のみ<br>記入                                                                                                                    | 転出元自治体(市町村)名[ ]<br>現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 はい・いいえ<br>(既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください)<br>「はい」の場合、申請日 平・令 年 月 日 |                         |                            |                                                        |               |  |  |                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                  | 変更申請の<br>理由                                                                                                                                                                                                                                | * 区分変更の場合は記入してください。【 】                                                                                                                            |                                                                                                                       |                         |                            |                                                        |               |  |  |                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                  | 現在の状況                                                                                                                                                                                                                                      | 1 上記住所に在宅 2 入院・入所中 3 その他 住所 入院・入所中の期間<br>年 月 日から<br>【名称： 連絡先：（ ）】 (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<br>有・無 | 1 介護保険施設 2 医療機関 の名称                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                   |                                                                                                                       |                         | 平・令 年 月 日から<br>平・令 年 月 日まで |                                                        |               |  |  |                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 申<br>請<br>代<br>行<br>者            | 被保険者との関係<br>(該当に○)                                                                                                                                                                                                                         | 1 家族 続柄( ) 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<br>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<br>申請代行者が上記以外の場合は委任状が必要です(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                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                   |                                                                                                                       |                         |                            |                                                        |               |  |  |                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                  | 氏名・名称                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                   |                                                                                                                       |                         |                            |                                                        |               |  |  |                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                  | 住 所                                                                                                                                                                                                                                        | * 被保険者と同じ場合は省略可<br>〒 電話番号（ ）                                                                                                                      |                                                                                                                       |                         |                            |                                                        |               |  |  |                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 立<br>会<br>人                      | 1 申請代行者と同じ<br>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（ ）<br>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                                                                                                                                |                                                                                                                                                   |                                                                                                                       |                         |                            |                                                        |               |  |  |                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                  | 医療機関名                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                   |                                                                                                                       |                         |                            | 記入に際して事前に医師の了解を得た <input type="checkbox"/> ※チェックしてください |               |  |  |                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                  | 主治医の氏名                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                   |                                                                                                                       |                         |                            | 診 療 科                                                  |               |  |  | 最 終 受 診 月<br>※原則3カ月以内の受診が必要です<br>令和 年 月 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 医<br>生                           | 所在地                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                   |                                                                                                                       |                         |                            | 科<br>電話番号（ ）                                           |               |  |  |                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                  | 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、居宅介護支援事業者、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。<br><br>本人署名 |                                                                                                                                                   |                                                                                                                       |                         |                            |                                                        |               |  |  |                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |

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 |  | 医療保険被保険者証記号番号 |  |

\* 認定調査のための電話連絡について、時間の希望などをお書きください。  
・いつでも可能・希望あり【 】

\* その他連絡事項がありましたらお書きください。

\* 市役所記入欄

|                    |               |     |
|--------------------|---------------|-----|
| 被保険者証<br>回収 未回収 紛失 | 相談入力<br>あり なし | 受付者 |
| 管轄場所<br>竜王 敷島 双葉   | 情報提供<br>あり なし |     |

# 聞き取りシート 被保険者名 ( )

|             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 訪問場所        | 1. 被保険者住所(表面記載の住所)<br>2. 入院・入所先(表面【現在の状況】に記載した病院・施設)<br>3. その他(1. 2以外の場合) 具体的に記入してください。【<br>●立会人について<br>立会を希望する場合→入院入所先等で立会することが <b>できる・できない</b> ※申請前に確認してください。<br>・ <b>立会ができる場合</b> 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。<br>【施設担当者名: 連絡先: ( )】<br>・ <b>立会ができない場合・立会を希望しない場合</b> 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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
| 本人の現在の状態    | ご本人の状態について、該当する箇所にチェックをお願いします。<br>歩行について(室内)【 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 杖や歩行器など <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 寝たきり】<br>排泄について 【 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 時々失敗がある(頻度 ) <input type="checkbox"/> 常に介助が必要 (カテーテル・ストーマ・その他)】<br>認知症状 【 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ひどい物忘れ(具体的に ) <input type="checkbox"/> 怒りやすい(易怒性)】<br>家族構成 【 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 夫婦のみ <input type="checkbox"/> その他同居者あり( )】<br>主な疾病名 【疾病名: ( 年頃 )・疾病名: ( 年頃 )】<br>※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。<br>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 調 査 | <input type="checkbox"/> 介護認定の調査であることを本人に伝えないでほしい<br><input type="checkbox"/> 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。】<br><input type="checkbox"/> 調査をするのに筆談が必要<br><input type="checkbox"/> 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、安全に調査ができるようご配慮ください<br><input type="checkbox"/> 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<br>要支援<br>要介護<br><br>該当する段階に<br>○をお願いします。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | ・ケアプラン作成事業所名( ) 居宅・小規模多機能・看護多機能<br>・(介護予防)通所介護(デイサービス)( )/月<br>・(介護予防)通所リハビリテーション(デイケア)( )/月<br>・短期入所生活介護(ショートステイ)( )/月<br>・住宅改修(有・無)<br>・福祉用具( )品目 【ベッド・手すり・車いす・その他( )】<br>・訪問介護( 回/月)・訪問看護( 回/月)・訪問リハ( 回/月) ・その他( )<br>・(看護)小規模多機能型居宅介護 月・火・水・木・金・土・日<br>・サービスは利用していない |  |
| その他         | <input type="checkbox"/> 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です。)<br><input type="checkbox"/> 現在の状態は安定しており調査可能<br><input type="checkbox"/> 主治医より認定の申請を勧められた<br>☆ <input type="checkbox"/> 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 )<br>☆ <input type="checkbox"/> 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 )<br>※☆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】        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |

※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 | 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。<br><br>被保険者氏名 (印)<br><br>※本人自筆の場合は押印不要です。 |    |
|     |       | 氏 名 |                                                                           | 続柄 |
|     | 連絡先   |     |                                                                           |    |

(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 早老症 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