

更新・変更申請 記入例

介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書

受付印

新規 **更新** 変更・転入

*該当するものに
○をしてください。

該当するものを ○で
囲んでください。

赤磐市長様

次のとおり申請します。

申請年月日 ○○年 △△月 □□日

被 保 険 者	被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	個人番号	
	フリガナ	アカ イワ タ ロウ	生年月日	明・大・昭 11年 1月 11日
	氏名	赤磐太郎	性別	男・女
	住所	赤磐市 下市 ○○番地	電話番号	086-***-0000
	現在の認定結果	要介護 1・2・ 3 ・4・5	要支援	1・2
有効期間	□□年 △月 ○日 から □□年 △月 ○日まで			
※14日以内に 他自治体から転入 した場合	・転出元自治体(市町村)名 () ・現在、転出元自治体に 要介護・要支援認定を申請中ですか。 <input type="checkbox"/> はい(申請日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> いいえ			

代理人等が申請する場合は、下記の欄に記入・押印してください。

提 出 者	氏名 (名称)	該当に○(家族続柄: 長女)・地域包括支援センター・指定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 指定介護療養型医療施設・介護医療院・社会保険労務士・成年後見人 山陽花子	印
	住所	〒○○○-△△△△ ○○市 ○○番地	電話番号 □□□-***-0000

主 治 医	主治医の氏名	□□ □□ (内科)	医療機関名	● ● 医院
	所在地	〒○○○-△△△△ ○○市 ○○番地	電話番号	□□□-***-0000
	最終受診月	□□年 △月	介護保険申請の相談	<input checked="" type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 勧められた

第2号被保険者 [40歳から64歳までの医療保険加入者]のみ記入 (医療保険被保険者証の写しを添付)

医療保険者名	医療保険被保険者証記号番号
特定疾病名	※64歳以下の方は必ず記入してください。

*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時は、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赤磐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者に写しを交付し、又は提示することに同意します。また、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要介護・要支援認定結果の写しを交付し、又は提示することに同意します。

*更新申請の場合、要介護(要支援)認定が申請日から30日を超える時であっても、現在の要介護(要支援)認定の有効期間内であれば、延期通知を省略することに同意します。

本人氏名 **赤磐太郎**

(代筆者氏名 **山陽花子** 続柄 **長女**)

※介護保険被保険者証(オレンジ色)を添付してください。

※裏面もご記入ください。

《申請に必要なもの》

- ・認定申請書
- ・介護保険被保険者証(オレンジ色)
- ・65歳未満で特定疾病のある場合、医療保険被保険者証(写し)
- ・成年後見人等(保佐人・補助人)の申請の場合、登記事項証明書(写し)など、成年後見人等である事を証明する書類

ご本人以外の方が申請される場合は、該当に○をして、氏名・住所の欄に記入・押印してください。

※成年後見人等(保佐人・補助人)の方が申請する場合は、登記事項証明書(写し)など、成年後見人等である事を証明する書類を添付してください。

《申請する時期について》

更新申請の受付は、認定有効期間終了日の60日前からとなっていますが、入院や手術直後など、認定を受けられる方の病状が不安定な時期には、認定審査の手続きで必要となる「認定調査」を行うことができない場合があります。

申請時期について判断に迷う場合は、事前に介護認定班にお問い合わせください。

① 主治医に市から「主治医意見書」の提出を依頼しますので、主治医の氏名などを記入してください。(氏名は姓と名を記入してください)

② 介護保険の申請を主治医へ相談しているかどうかを記入してください。相談されていない場合は、事前に主治医にご相談ください。

③ 長期間(3ヶ月以上)受診されていない場合は、意見書の記載が得られない場合がありますので、できるだけ早く受診してください。

*申請後、主治医を変更する場合には、新たに「主治医変更届」の提出が必要となります事があります。

ご不明な点がございましたら、
お問い合わせください。

赤磐市役所 介護保険課 介護認定班
電話(086)955-1460(直通)

更新・変更申請 記入例

◆ 要介護認定調査にあたり、各項目を必ずご記入ください。

1. 申請された理由は何ですか。状態の変化などを具体的に記入してください。

(例) 物忘れが多くなった。足に力が入らず、トイレに一人で行くことができず困っている。

※更新申請の場合、前回の申請時と比べて、身体及び認知機能に変化はありますか。 ある なし

前回の申請時と比べて状態の変化についてチェックしてください。
状態の変化がある場合は、具体的に記入してください。

最近1か月の間で、自宅（住民登録地）以外の場所で過ごしていた時期がある場合、時期や場所を記入してください。

病院または施設に入院(所)中の場合、病院（施設）名や部屋番号、入院(所)日等を記入してください。

長期間、住民登録地以外の場所で、過ごされている場合、時期や場所を記入してください。

2. 現在の生活場所はどこですか。

自宅（住民登録地）
・最近1か月の間に自宅以外で生活されたことはありますか。 ある ない
どこ： (月 日 ~ 月 日 まで)

病院または施設に入院(所)中
・名称： **〇〇 病院** 病棟・部屋番号： **▲▲ 病棟** **□□□** 号室
住所： **〇〇市 □□□ - ▲▲** 電話番号： **□□□-***-〇〇〇〇**
・入院(所)日 **□□**年 **▲**月 **〇〇**日 / 退院(所)予定日 年 月 日
※病院に入院中の場合は、ご本人の病状や調査の日程調整などを病院関係者に確認した上で、ご家族等に連絡させていただきますのでご了承ください。

その他（親族宅など）
・氏名など： (続柄) 年 月 日~
・住所： 電話番号：

3. 現在利用のサービス等を記入してください。

利用していない
 総合事業（訪問型・通所型サービス） 障害者総合支援法のサービス
 医療保険による訪問看護 ※訪問看護事業所に申請を伝えている。 はい いいえ
 デイサービス デイケア 利用曜日（ **月・水** ）利用時間（ **9:30 ~ 15:30** ）
 ホームヘルプ 訪問リハビリ 利用曜日（ ）利用時間（ : ~ : ）
 訪問看護 利用曜日（ ）利用時間（ : ~ : ）
 ショートステイ 利用日（ 月 日 ~ 月 日 ）
 住宅改修 福祉用具貸与・購入（ **平成25年 浴室に手すりを設置** ）
 通院などその他（ **(月)透析で通院** ）

訪問調査日を調整するため、利用中のサービスや、通院などの定期的な外出について記入してください。

※今後、新たに利用を希望するサービスを記入してください。

4. 訪問調査について（なるべく調査の立ち会いをお願いします。）

1) 訪問調査日程調整の連絡者 ※平日の日中(8:30~17:15)に連絡可能な電話番号をご記入ください。

(フリガナ) **サンヨウ ハナコ**
氏 名 **山 陽 花 子** (続柄 **長女**)
電話(希望順) ① **□□□ - *** - 〇〇〇〇** ② **▲▲▲ - *** - 〇〇〇〇**

訪問調査時の立会いが、1) 日程調整の連絡者と異なる場合、実際に立ち会いをされる方の氏名・続柄を記入してください。

2) 訪問調査時の立ち会い ※訪問調査は平日の日中に1時間程度行います。ご協力をお願いします。

希望する
立会者氏名 ※上記1) 連絡者と異なる場合に記入 続柄
 希望しない

電話連絡、訪問調査時に注意してほしいことなどがある場合、記入してください。
(例)
・本人に介護保険の申請を伝えていないので、健康調査として来て欲しい。
・本人に話して欲しくないことがある(病気の未告知等)

5. 調査時に配慮することなど、事前に調査員に伝えておきたいことがあれば 記入してください。

窓口提出者：本人・家族/その他() 受付：本庁/赤坂支所/熊山支所/吉井支所/郵送 受付者：

① ご本人の日頃の様子をお聞きするため、調査時は、なるべく家族の方の立ち会いをお願いしています。

調査の立ち会いを希望されなかった場合でも、独居や家族が就労しているなどにより日中は一人で過ごしている方の場合には、ご本人の理解力や家族がいる時間帯の介護の様子などについて、調査後、調査員から家族の方にお聞きする場合があります。

② 訪問調査日の調整などをするため、平日の日中に連絡可能な連絡先を希望順に記入してください。後日、担当調査員が連絡をさせていただきます。