

介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書

受付印

赤磐市長様
次のとおり申請します。

*該当するものに○印をしてください。

申請年月日 令和 ○○年 ○○月 ○○日

申請区分	新規	更新	変更	転入 (転入元市町村名:)
------	----	-----------	----	----------------

① 被保険者	被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	個人番号		
	医療保険	保険者名	○○○	保険者番号	○○○
		被保険者証	記号	○○○	番号
	フリガナ	アカイワ タロウ		生年月日	大・ 昭 11年 1月 1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-○○○-○○○○				
現在の認定	介護度	要支援 1 ・ 2	要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5		
	有効期間	令和 ○年 ○月 ○日 から 令和 ○年 ○月 ○日まで			

② 現在の居住地	□上記住所地	
	☑住所地以外 →	☑病院(病院名: ○○病院 担当者名: ○○相談員 病棟部屋番号: ○階○○号室) □施設(施設名: 担当者名: 部屋番号:) □親戚宅等(氏名: 続柄:)
	所在地	○○市○○番地 電話番号 ○○○-○○○-○○○○
	期間	入院(所)日: 令和 ○年 ○月 ○日 ~ 退院(所)予定日 令和 ○年 ○月 頃 日

◇代理人が提出する場合は、下記の欄にご記入ください。

③ 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・介護医療院・社会保険労務士・成年後見人) 山陽 花子
	住所	〒○○○-○○○○ ○○市○○番地 電話番号 ○○○-○○○-○○○○

④ 主治医	医療機関名	○○ 病院	所在地	〒○○○-○○○○ ○○市○○番地
	主治医の氏名	○○ ○○ (○○ 科)	電話番号	○○○-○○○-○○○○
	最終受診月	○○年 ○○月	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 <input type="checkbox"/> これから行う

◇第二号被保険者[40歳から64歳まで]医療保険加入者(医療保険被保険者証の写しを添付)

⑤ 特定疾病名	
---------	--

*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、指定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)を必ず添付してください。

※裏面もご記入ください。

記入例

該当箇所に○・☑ 又は、ご記入ください

申請時に必要なもの 介護保険被保険者証(オレンジ色)

【代理人が提出する場合】

委任状又は介護保険被保険者証等(負担割合証や医療保険証などでも可)と、
提出者の身分確認が出来るもの(マイナンバーカード、運転免許証、介護支援専門員資格者証等)

【40~65歳未満で特定疾病のあるの方の申請】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】

成年後見人等であることを証明する書類(戸籍謄本や登記事項証明書(写し)など)

申請する時期について 【更新申請の場合】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。

※入院や手術直後等、認定を受けられる方の病状が不安定な時期には、「認定調査」を行うことが出来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、事前に介護保険班にお問い合わせください。

①【個人番号】個人番号が分からない、又はご本人が認知症などで個人番号の記載が難しい場合は、その他の記載内容に不備がなければ申請は受理しますので、未記入のまま提出してください。

【医療保険番号】令和4年4月1日より、医療保険番号を記載することになりました。ご記入をお願いします。

※後期高齢者医療被保険証の場合は、記号・枝番の記入はありません。

【新規申請の場合】

現在の認定は空欄のままお願いします。

【更新・変更申請の場合】

現在の認定の介護度と有効期間をご記入ください。

②現在、生活をしている場所をご記入ください。

③【ご本人以外の方が提出される場合】該当に○印をして、氏名住所の欄にご記入ください。

※事業所が提出する場合は、担当者名もご記入ください。

※提出時には、確認書類が必要となります(上記「申請時に必要なもの」を参照ください)。

④市から主治医に、「主治医意見書」の提出を依頼します。

生活機能の低下の原因になった病気やケガ、治療内容、心身の状態などを記載してもらうため、

かかりつけ医や最近受診した医療機関・主治医をご記入ください。

※介護保険の申請を主治医へ相談しているかどうかをご記入ください。

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。

※長期間(3か月以上)未受診の場合は、意見書の記載が得られない場合があります。早めに受診をお願いします。

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

⑤第二号被保険者に該当する方は、

◆医療保険被保険者証の写しを添付してください。

◆該当する特定疾病(16疾病*)を主治医に確認しご記入ください。

※詳しくは、パンフレット「あなたと歩む 介護保険」P2をご覧ください。

⑥の欄の同意が必要となります。お読みいただき、署名をお願いします。

代筆の場合は、本人氏名・代筆者氏名・続柄をご記入ください。

ご不明な点がございましたら、
下記までお問合せください。

赤磐市役所

介護保険課 介護保険班

電話 086-955-1116 (直通)

⑦ 1. 申請理由は何ですか。(状態の変化などを具体的に記入してください。)

(例) 物忘れが多くなり、薬を飲ませるなど介護が必要になっている。
足の力が弱くなり、トイレに行くのも時間がかかり困るようになった。

⑧ 直近1か月以内の病気や骨折等の有無 あり ・ なし 病名 ○○骨折

上記の病名で入院しましたか した ・ していない (入院期間:令和 ○月 ○日 ~ 令和 ○月 ○日)

⑨ 2. 現在利用中のサービス等に印をし、詳細をご記入ください。 サービスを利用していない

サービス等	事業者名	曜日	時間
<input checked="" type="checkbox"/> デイサービス	○○デイサービス	月・火・水・木・金・土・日	9:30 ~ 15:30
<input type="checkbox"/> 通所リハビリ		月・火・水・木・金・土・日	: ~ :
<input checked="" type="checkbox"/> ホームヘルプ	○○ヘルパー事業所	月・火・水・木・金・土・日	10:00 ~ 11:00
<input type="checkbox"/> 訪問看護		月・火・水・木・金・土・日	: ~ :
<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ		月・火・水・木・金・土・日	: ~ :
<input checked="" type="checkbox"/> ショートステイ	○○○	今月の利用予定日: ○月○日 ~ ○月○日	
<input checked="" type="checkbox"/> 住宅改修(手すり)	<input type="checkbox"/> 福祉用具購入()	<input checked="" type="checkbox"/> 福祉用具レンタル(ベッド・てすり)	
<input type="checkbox"/> 障害者総合支援法のサービス	※障害者福祉支援の担当者と相談している。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
<input type="checkbox"/> 医療保険によるリハビリ	病院名()		
<input checked="" type="checkbox"/> その他	(配食サービス、 透析で通院(月・水・金))		

3. 新たに希望するサービスや回数を増やしたいサービスがある場合は、印をご記入ください。

デイサービス ホームヘルプ 施設入所 住宅改修 福祉用具レンタル 福祉用具購入 その他()

4. 訪問調査について (訪問調査は平日の日中に1時間程度行います。なるべく調査の立ち会いをお願いします。)

※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。
※入院中の場合は、病院関係者に、本人の病状等を確認後、ご家族等に連絡します。

⑩ 訪問調査立会い希望 あり ・ なし

氏名 山陽 花子 続柄: 長女

電話番号 ① ○○○-○○○-○○○○ ②○○○-○○○-○○○○

⑪ ◆「なし」の場合、連絡先

本人 電話番号 ① _____

その他 続柄: ② _____

⑫ ◆調査後の聞き取り希望 あり ・ なし

氏名 山陽 花子 続柄: 長女 電話番号:○○○-○○○-○○○○

⑬ 調査時に配慮すること (例) 難聴の為、配慮してほしい。

記入例

⑦ 下記の点等を具体的にご記入ください。

- 【更新申請】 前回の申請時と比べて状態の変化があるかどうか。
- 【変更申請】 申請の理由。前回の申請時から状態が変わったところを記入してください。
- 【新規申請】 申請の理由。

⑧ 本日から1か月前までに、病気や骨折等があった場合は、差支えない範囲で病名や入院の有無等をご記入ください。

⑨ 訪問調査日を調整するため、現在ご利用中のサービスをご記入ください。
利用サービスがない場合は、表の右上の、「サービスを利用していない」に印をご記入ください。

⑩ 訪問調査は、ご本人の普段の生活状況が分かる方の立会いをお願いします。
訪問調査立会い希望が、「あり」の場合は立会いする人の氏名連絡先をご記入ください。
電話にて日程調整を行いますので、平日の8:30から17:15の間で連絡可能な電話番号をご記入ください。

⑪ 訪問調査立会い希望が「なし」の場合でも、日程を調整する人の氏名と連絡先をご記入ください。
また、立会い者以外が日程調整を希望する場合もこの欄にご記入ください。

⑫ ご本人の前で日頃の様子を伝えるに大変な難しさなどありましたら、調査後に聞き取りを行います。
希望される方は「あり」に印をして氏名・電話番号等をご記入ください。

⑬ 電話連絡、訪問調査時に注意して欲しいことなどがある場合はご記入ください。
(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(病気のこと)など。

市確認欄

代理権 委任状 本人の被保険者証 戸籍謄本 登記事項証明書 その他()

1点 マイナンバーカード 運転免許証 介護支援専門員証 障害者手帳 パスポート その他()

2点 被保険者証 負担割合証 年金手帳 健康保険証 通帳 その他()

確認者 【 本庁 ・ 赤坂支所 ・ 熊山支所 ・ 吉井支所 ・ 郵送(消印: 月 日)】

