

記入例

介護保険		要介護認定・要支援認定 要介護更新認定・要支援更新認定										申請書							
常陸太田市長 殿		次のとおり申請します。										申請年月日 令和〇年 〇月 〇日							
被 保 険 者	介護保険 被保険者番号		〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇							個人番号		〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇							
	医 療 保 険	保険者 名		※加入している 医療保険の名称を記載							保険者番号		〇〇〇〇〇〇						
		被保険者 記号・番号		記号		〇〇		番号		〇〇〇〇〇〇		枝番		〇					
	フリガナ		オオタ タロウ							生年月日		昭和〇年〇月〇日							
	氏名		太田 太郎							性別		男 ・ 女							
	住所		〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 常陸太田市〇〇町〇〇〇番地							電話番号		〇〇 - 〇〇〇〇							
	前回の要介護 認定の結果等 ※要介護・要支援更新 認定場合のみ記入		要介護状態区分 1 ② 3 4 5							要支援状態区分 1 2		有効期限 令和 〇 年 〇 月 〇 日 から 令和〇年 〇 月 〇 日							
	※14日以内に 他自治体から 転入した場合 のみ記入		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。 （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） はい（申請日 年 月 日）・いいえ																
	過去6月間の 介護保険施設・ 医療機関等 入院入所の有無 有 ・ 無		介護保険施設の名称等				期間		年 月 日～ 年 月 日		介護保険施設の名称等				期間		年 月 日～ 年 月 日		
			医療機関等の名称等				期間		年 月 日～ 年 月 日		医療機関等の名称等				期間		年 月 日～ 年 月 日		
代 理 申 請 者	名 称		該当に〇（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		〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 常陸太田市〇〇町〇〇番地							電話番号		〇〇 - 〇〇〇〇							
主 治 医	主治医の氏名		〇〇〇〇				医療機関名		〇〇病院										
	所在地		〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇〇番地							電話番号		〇〇〇 - 〇〇〇〇							
第2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																			
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、常陸太田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、常陸太田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も含む。）ことに同意します。																			
本人氏名		太田 太郎																	

1. 被保険者欄の記入

- (1) 申請する年月日を記入してください。
- (2) 被保険者本人の介護保険及び医療保険被保険者番号等、個人番号、氏名（フリガナ）、生年月日、性別、住所、郵便番号、電話番号を記入してください。
*医療保険被保険者番号について、「茨城県後期高齢者医療広域連合」に加入している方は「記号」「枝番」はありませんので、空欄のままご提出ください。

*申請に併せて、別添「個人番号及び医療保険被保険者番号等の記載等に関する確認書」の提出が必要です。
（申請する時に、来庁される方の免許証等の提示が必要です。）
- (3) 現在の要介護度および期間を記入してください。
（被保険者証に記載してあります。）
- (4) 14日以内に他自治体から転入した場合のみ、転出元自治体（市町村）名を記入してください。
現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中の場合には「はい」に〇印を付けて申請日を記入してください。申請中でない場合には「いいえ」に〇印を付けてください。
- (5) 過去6月間に、被保険者が施設や病院へ入所・入院していない場合無に〇印を付けてください。
被保険者が施設や病院へ入所・入院している場合は有に〇印をつけて、名称および期間を記入してください。

2. 代理申請、提出代行者の欄の記入

被保険者以外の方が代理申請する場合、名称の欄に代理申請者の氏名、住所・郵便番号・電話番号を記入してください。

3. 主治医欄の記入

かかりつけの主治医氏名、医療機関名及び住所地、郵便番号、電話番号を記入してください。

4. 2号被保険者欄の記入

2号被保険者（40歳～65歳未満）の申請は、特定疾病名を記入してください。

5. 情報提示同意欄の記入

説明の内容をよく読んで、同意のうえ本人氏名を記入してください。

<認定調査に伴う連絡票> 被保険者氏名 _____

1. 現在の日常生活の状況についてうかがいます。(該当する項目にチェックして下さい。)
- ・歩行は、できる () できない ()
 - ・食事は、食べている 食べていない () 水分のみ ()
 - ・視力・聴力について ほとんど見えない ほとんど聞こえず筆談が必要
 - ・認知症状等がありますか？ ある(下記に症状の詳細を記入して下さい。) ない

※ 世帯構成、申請に至った経緯(病歴、現況、状態の変化)等がありましたら記入して下さい。

世帯構成(独居・夫婦2人・親族を同居・敷地内同居)
ご家族の中に介護認定を受けている方はいますか？: いる ・ いない

2. 訪問調査を行う場所はどこですか？(該当するものに○印で囲んで下さい。)
- ① 自宅(申請書と同じ) ② 施設 ③ 病院 ④ その他(自宅以外等)

※ ①以外の方は下記を記入して下さい。(退院退所予定: 未定 あり(月 日頃))
※ 調査場所が②・③の方: 家族の立会い希望 有り 無し
(無しの方は緊急連絡先を【6. その他】の欄に記載して下さい。)

調査場所住所 _____ TEL _____

施設名又は世帯主名 _____ 病棟 _____ 階 _____ 号室 _____

※ 調査場所に変更がある場合は市にご連絡ください。

3. 調査に立ち会ってくださる方の連絡先と連絡希望時間、調査希望曜日についてうかがいます。
※ 立会いは、日頃の本人の様子ができる方をお願いしています。

フリガナ _____
立会者: 氏名 _____ 同居 ① _____ ② _____
別居 自宅・携帯 _____ 自宅・携帯 _____

住所 (_____)
市外にお住まいのご家族の方のみ記入して下さい

続柄: ① 家族 (_____) ② 施設職員 ③ ケアマネジャー ④ その他 (_____)

連絡時間帯 調査時間帯 9時30分~14時30分 (12時~13時を除く)	調査曜日 (不在時に ×を記入)	月 火 水 木 金					指定 なし ()	備考: 希望日時等 ※2
		午前						
	午後			※1				

4. 更新の方: サービスを利用していますか?
サービスの内容・回数は (_____) 利用なし
5. 新規・区分変更の方: サービス利用を予定していますか。(複数可)
- ① 訪問系サービス ② 通所系サービス ③ 施設等への入所 ④ 福祉用具購入・レンタル
⑤ 住宅改修 ⑥ 先行利用予定がある(サービスの内容: _____)

6. その他: 立会いに関する事等

認定調査に伴う連絡票の記入の仕方

1) 被保険者氏名を記入し、現在の日常生活の状況について該当する項目にチェックをして下さい。

- ・「現在の日常生活の状況」は歩行・食事等が独りで出来るかどうか、支障がある場合、どのような事を手助けしているのか、どのような事が気になるのかを記入して下さい。(歩行については「できる」は杖や支えが必要な場合を含み、「できない」は車いすや寝たきりの場合です。)
- ・「※」欄内の「世帯構成」「ご家族の中に認定を受けている方はいますか？」については、当てはまるものに丸を付けてください。**新規申請者**の場合申請に至った経緯も記入して下さい。(いつ何を発病し現在どのような状況かも記入してあると参考になります。)**更新者**の場合、前回の認定申請をした当時から状態の変化がないかどうか記入して下さい。(例えば「以前は杖をつけて歩くことが出来たが、現在は歩けない。」「認知症は物忘れ程度だったが、今は夜間の徘徊もみられる。」など)
- ・入院の場合、どのような病気で入院なのかも記入してあると参考になります。

2) 訪問調査を行う場所を記入してください。

- ・被保険者の住所地で調査を行う場合は記入不要です。②~④を選んだ方は建物名称や住所等を記入して下さい。また、退院退所の見通しがついている場合は予定日を記入して下さい。
- ・調査場所が②③の方は、ご家族の立会いの希望について記入して下さい。

3) 調査に立会う方の連絡先と調査希望曜日等を記入してください。

※ 調査には原則立会いが必要となります。

立会いは、日頃の本人の様子ができる方をお願いしています。

- ・立会いして下さる方は、名前・電話番号を記入し、該当する続柄に○印を付けて下さい。なお、①・④に該当する方は () 内に具体的な続柄を記入して下さい。

- ※1 本人が通院やデイサービス等で不在の日には×印をお願いします。特に曜日の指定がない場合は () 内にチェックをお願いします。なお、調査に何える時間は **9:30~14:30 (12:00~13:00を除く)** までの間となります。
- ※2 都合により連絡希望時間・調査希望日時等がある場合は記入をお願いします。

4) 5) 「更新の方」の場合は現在使っているサービスと利用回数を記入し、「新規の方」は予定しているサービスに○印を付けて下さい(複数可)。

6) その他、立会いに関する事等について連絡事項があれば記入して下さい。
※訪問調査場所が②③で、「家族の立会い希望無し」とされた方については緊急連絡先を記入してください。