記入例 介護保険　要介護認定･要支援認定申請書

（□新規　□更新　□変更　□転入）

受付印	市役所使用欄	
	保険料納付状況	
	未納　有 ・ 無	
	受付	入力
被保険者証 回収･紛失･未回収		

東久留米市長様　　**次のとおり申請します。**

※認定調査連絡票とともに2枚1組で提出してください。

申請年月日	令　和　　年　　月　　日

被保険者	被保険者番号	0 0 0 0	個人番号	
	フリガナ / 氏名	ヒガシクルメ　タロウ / **東久留米　太郎**	生年月日	明治･大正･昭和 ○ 年 ○ 月 ○ 日（ ○ 歳）
	住所	〒 ○○○－○○○○ 東久留米市 △△ 町 □－□－□ 電話番号 ○○○－△△△△		
	家族等連絡先 住所･氏名	〒 ○○○－○○○○ ○○ 市 △△ 町 □－□－□ （氏名）**東久留米　一郎**　（続柄 **長男** ）　電話番号 ○○○-□□□-△△△△		
	前回の要介護認定の結果等	要介護状態区分　1　2　3　4　5　要支援状態区分　1　2		
		有効期間　年　月　日 ～　年　月　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（市区町村）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 ・ いいえ 「はい」の場合、申請日　年　月　日		
	変更申請理由	**区分変更申請･支援から介護へ新規申請の際は、必ず記入してください。**		
	施設入所･病院入院等がある場合に記入（過去6か月間）	入院･入所施設名 / 所在地	期間	年　月　日～ 年　月　日

申請者（提出代行者）	氏名（名称）	該当に○(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･指定介護療養型医療施設･介護医療院) **東久留米　一郎**　本人との関係　**長男**
	住所	〒　電話番号

主治医及び医療機関	医療機関名	**○ ○ 病院**			直近の受診日	年　月　日
	主治医氏名	△△ △△	診療科目名	○ ○	次回の予約日	年　月　日
	所在地	〒 ○○○-○○○○ ○○ 市 △△ 町 □ － □ － □　電話番号 ○○○－□□□-△△△△				

医療保険	保険者名			保険者番号			
	被保険者証	記号		番号		枝番	

※特定疾病名は第二号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

特定疾病名	

同　意　書

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、医意見書を東久留米市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、人、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提示すること

（本人との関係）

本人氏名　　代筆者氏名　　（　　）

（更新の場合）ケアプラン依頼機関	

なお、介護給付適正化のため医療給付状況を確認させていただく場合があります。

上記住所と連絡先が異なる場合は必ず記入してください

簡潔に状態の変化の理由を記入してください

最近、入院入所していたことがあれば一か所記入してください

申請をされる方の名前を記入してください

近日の受診日を記入してください

40歳～64歳の方は、特定疾病名を記入してください

同意書の内容を確認し、本人氏名に記入してください。代筆される場合は、代筆者氏名の記入もお願いいたします。

記入例

認定調査連絡票

申請書別紙

要介護認定・要支援認定調査を円滑に行うため、調査に訪問する調査員が、ご本人様の日常生活等の状況を事前に把握しておく必要があります。要介護認定・要支援認定申請書とともに必ずご提出をお願いします。

各設問の該当する事項に ☑ のうえ、ご記入をお願いします。

被保険者氏名	**東久留米 太郎**	被保険者番号	0 0 0 0
申請理由	☑ 介護サービスの利用を希望するため（ ☑居宅サービス □施設サービス ） □ 心身の状態に変化があったため（ ） □ その他の理由により（ ）		・「区分変更申請」と「要支援・要介護新規申請」の場合には、状態変化の内容をご記入ください。
サービスの利用 ≪記入方法≫ ・「現在利用中のサービス」は「◎」、「今後利用希望のサービス」は「○」をご記入ください。	ホームヘルプ（ ○ ） デイサービス・デイケア（通所日 月・火・水・木・金・土・日）（ ○ ） 訪問看護（ ） ショートステイ（ ） 訪問入浴（ ） 訪問リハビリ（ ） 居宅療養管理指導（ ） 小規模多機能（ ） 住宅改修（ ○ ） 福祉用具貸与・購入（ ） 施設（特養・老健・療養型・介護医療院） 入所（ ） グループホーム・有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅 入居（ ） その他（ ）		・複数選択可 ・サービス利用なし等該当しない場合は未記入でも可
認定調査について	**・調査日程は、原則平日の8時半～17時に調査員が電話連絡のうえ調整します。** **・調査時間は、原則平日の9時～16時の間となります。**		
調査の訪問場所 ≪記入方法≫ ・住民票と実際の居住地が違う場合は、必ず調査先の住所をご記入ください。	□ 自宅 ☑ (入院)・入所・入居中（×年×月××日頃より ） 退院（所）の予定 （(なし)・ あり （ 月 日頃）） 病院・施設名 ○ ○ **病院** 住 所 ○○ **市** △△ **町** □ － □ － □ 入院病棟 ○ 病棟 △ 階 □□□ 号室 電話番号 ○○○（ □□□ ）△△△△ □ その他（家族宅等）		・「入院病棟や病室」が未記入の場合、市が病院に問い合わせても回答が得られないことが多いため、できる限り「病棟や病室」のご記入をお願いします。
調査の同席の有無 ・訪問調査時はできるかぎりご家族様の同席をお願いします。	☑ 同席する □ 同席しない ≪同席者≫ 氏名 **東久留米 一郎** 本人との関係 **長男** （ 同居 ・(別居) ） ① Tel. ○○○ － □□□ － △△△△ （自宅・(携帯)・職場） ② Tel. ○○○ － □□□ － △△△△ ((自宅)・携帯・職場） **※日中つながりやすい曜日や時間帯がある場合、下の欄にご記入ください。**		・連絡先には番号で優先順位をつけていますので、日中連絡の取りやすい電話番号をご記入ください。 ・担当ケアマネジャーの同席は原則的にお断りしています。
調査の際に配慮することなど（例、手話通訳や筆談の必要性）	**① 足腰の痛みがひどいです。できるだけ早く終わるよう配慮してください。** **② 本人は「何でも出来る」と言います。本人のいないところで再度聞き取り願います。** **③ 難聴のため筆談が必要な場合があります。**		・同席者を含め、ご都合の悪い日にち・曜日や時間帯がある場合、この欄にご記入ください。
認定結果の送付先	☑送付先変更希望あり（☑今回の認定結果のみ □今後全ての書類(※)） 〒 ○○○ － ○○○○ **東京都○○市** △△**町** □－□－□ **東久留米 一郎** 様方 ※今後全ての書類を選択される場合は、別途「送付先変更依頼書」の提出が必要です。依頼書は介護福祉課の窓口にありますので、記入・押印をお願いします。 □送付先変更希望なし		・ひとり暮らしの方が、入所中や入院中の場合、事前に通知書類の送付先変更を行っていただくことにより、郵便事故や送達遅延の防止になります。
世帯の状況	□ 家族と同居 （□ 65歳以上の方のみ） ☑ ひとり暮らし □ 施設入所		
現在の状態像	介護が必要となった原因の疾病（病気）はありますか☑ 有（ **足の骨折、腰痛** ） □ 無	認知症の傾向はありますか ☑ 有（ **物忘れが多い** ） □ 無	・この欄の記入内容は介護度に影響するものではありません。
	歩行について □できる □不安定 ☑杖・歩行器等 □車いす □できない	外出について □する ☑しない 家事について □する ☑しない	
身体障害者手帳の有無	☑ 有（ **2** ）種（ **4** ）級 □ 無 （障害名 **変形性関節症による両股関節機能障害** ）		