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		生年月日	明治･大正･昭和 年　月　日（　　歳）
	住　所	〒 東久留米市 電話番号		
	家族等連絡先 住所･氏名	〒 （氏名）　（続柄　　）　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			
	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) 本人との関係
	住所	〒 電話番号

主治医及び医療機関	医療機関名			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	〒 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

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、及び主治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、居宅サービス事業者若しくは介護保険施設の関係人、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に同意します。

（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。

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		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 （ ）		
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（ ）		
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 住 所 入 院 病 棟 病棟 階 号室 電 話 番 号 （ ） ☐ その他（家族宅等）		
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 本人との関係 （ 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。**		
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）			
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（※）） 〒 － 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		
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（ ） ☐ 無	認知症の傾向はありますか ☐ 有（ ） ☐ 無	
	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 （ ）種（ ）級 ☐ 無 （障害名 ）		