

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 次のお通り申請します。

※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	
被保険者番号	0 0 0 0	個人番号	
フリガナ	ヒガシクルメ タロウ	生年月日	明治・大正・昭和 ○年○月○日(○歳)
氏名	東久留米 太郎	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 ○○○-□□□-△△△△	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	
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		
転出元自治体(市区町村)名 []	※14日以内に他自治体から転入した場合のみ記入 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。		簡潔に状態の変化の理由を記入してください
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 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		
	住所	〒 本人との関係 長男 申請をされる方の名前を記入してください		
	電話番号	近日の受診日を記入してください		

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	40歳~64歳の方は、特定疾病名を記入してください
-------	---------------------------

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、 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、代筆者氏名を記入もお願いいたします。	
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。

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	<input checked="" type="checkbox"/> 介護サービスの利用を希望するため (<input checked="" type="checkbox"/> 居宅サービス <input type="checkbox"/> 施設サービス) <input type="checkbox"/> 心身の状態に変化があったため (_____) <input type="checkbox"/> その他の理由により (_____)												
サービスの利用	ホームヘルプ(<input type="checkbox"/>) デイサービス・デイケア(通所日 月・火・水・木・金・土・日)(<input type="checkbox"/>) 訪問看護(<input type="checkbox"/>) ショートステイ(<input type="checkbox"/>) 訪問入浴(<input type="checkbox"/>) 訪問リハビリ(<input type="checkbox"/>) 居宅療養管理指導(<input type="checkbox"/>) 小規模多機能(<input type="checkbox"/>) 住宅改修(<input type="checkbox"/>) 福祉用具貸与・購入(<input type="checkbox"/>) 施設(特養・老健・療養型・介護医療院) 入所(<input type="checkbox"/>) 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(<input type="checkbox"/>) 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	<input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 入院 入所・入居中(×年×月×日頃より) 退院(所)の予定 (<input checked="" type="checkbox"/> なし ・ あり (月 日頃)) 病院・施設名 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 病院 住所 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 市 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 町 <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> 入院病棟 <input type="checkbox"/> 病棟 <input type="checkbox"/> 階 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 号室 電話番号 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> その他(家族宅等)												
調査の同席の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 同席する <input type="checkbox"/> 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. 〇〇〇 - 〇〇〇 - △△△△ (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。 ② Tel. 〇〇〇 - 〇〇〇 - △△△△ (自宅・携帯・職場)												
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。												
認定結果の送付先	<input checked="" type="checkbox"/> 送付先変更希望あり (<input checked="" type="checkbox"/> 今回の認定結果のみ <input type="checkbox"/> 今後全ての書類(※)) 〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 東京都〇〇市 △△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。 <input type="checkbox"/> 送付先変更希望なし												
世帯の状況	<input type="checkbox"/> 家族と同居 (<input type="checkbox"/> 65歳以上の方のみ) <input checked="" type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> あります <input type="checkbox"/> 有 (足の骨折、腰痛) <input type="checkbox"/> 無						認知症の傾向はありますか <input checked="" type="checkbox"/> 有 (物忘れが多い) <input type="checkbox"/> 無						
	歩行について <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 不安定						外出について <input type="checkbox"/> する <input checked="" type="checkbox"/> しない						
	<input checked="" type="checkbox"/> 杖・歩行器等 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> できない						家事について <input type="checkbox"/> する <input checked="" type="checkbox"/> しない						
身体障害者手帳の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (2) 種 (4) 級 <input type="checkbox"/> 無 (障害名 変形性関節症による両股関節機能障害)												

「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。

・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

「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。

・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。

・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。

・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。

・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。