

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。

申請年月日	令和 年 月 日	※空欄の場合は、システム等により市で確認させていただく場合があります。	
被 保 険 者	被保険者番号	0 0 0 0	個人番号※
	フリガナ		生年月日
	氏名		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	
変更申請理由	※14日以内に 他自治体から 転入した場合 のみ記入		
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 出 代 行 者	氏名 (名称)	該当○(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)
	住所	本人との関係 〒 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	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 記号・番号	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	<input type="checkbox"/> 介護サービスの利用を希望するため (<input 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 <small>《記入方法》 ・現在利用中は「◎」、今後利用希望は「○」をご記入ください。</small>	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 <small>《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。</small>	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 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 (_____) <input type="checkbox"/> その他(家族宅等) _____										
調査の同席の有無 <small>・自宅での訪問調査の場合は、できるかぎり主たる介護者様の同席をお願いします。</small>	<input type="checkbox"/> 自宅調査の場合は同席する <input type="checkbox"/> 同席しない <input type="checkbox"/> 入院・入居・入所先での調査の場合も同席する 《同席者》 氏名 _____ 本人との関係 _____ (同居・別居) ① 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、 ② Tel. _____ (自宅・携帯・職場) 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 <input type="checkbox"/> 変更希望あり※ <input type="checkbox"/> 変更希望なし	※変更希望ありの場合は記入 (<input type="checkbox"/> 今回の認定結果のみ <input type="checkbox"/> 今後全ての書類) 〒 _____ 様方 注意) 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・提出してください。										
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 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)はありますか <input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無					認知症の傾向はありますか <input type="checkbox"/> 有() <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 type="checkbox"/> しない					
	<input 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 type="checkbox"/> しない					
身体障害者手帳の有無	<input type="checkbox"/> 有 () 種 () 級 <input type="checkbox"/> 無 (障害名 _____)										