

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)

(宛先) 紀の川市長

次のとおり申請します。

		申請年月日	〇〇年××月△△日													
申請者氏名	紀の川 花子					本人との関係	妻									
提出代行者 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・指定介護療養型医療施設・介護医療院)															
申請者住所	※申請者が被保険者の場合、申請者住所・電話番号は記載不要 〒123-4567 紀の川市〇〇△△番地 電話番号 0736 (99) 1234															
被 保 険 者	介護保険 被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	個人番号	※ 記 入 不 要 で す			
	医療 保 険	保険者名	〇×健保組合					保険者番号	1 1 2 2 3 3							
		被保険者証	記号	9 9 8 8			番号	7 7 6 6		枝番	0 1					
	フリガナ	キノカワ タロウ					生年月日	〇〇年△△月××日								
	氏名	紀の川 太郎					性別	男・女								
	住所	〒123-4567 紀の川市〇〇△△番地 電話番号 0736 (99) 1234														
	前 回 の 要 介 護 認 定 の 結 果 等	更新・変更 申請の場合 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								
			有効期間 〇〇年××月△△日から 〇〇年××月△△日まで													
		14日以内に 他自治体から 転入した 者のみ記入	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。 はい・いいえ (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」の場合、申請日 年 月 日													
	変更申請の理由	変更申請のときのみ記入 変更申請の場合のみ必ず書いてください。														
過去6月間の介護 保険施設医療 機関等 入院、入所の有無 (短期入所除く)	有	入所施設名・所在地					期間 年 月 日～ 年 月 日									
	無	医療機関名・所在地					期間 年 月 日～ 年 月 日									
主治 医	医療機関名	〇×△病院					主治医の氏名	□□ 次郎 先生								
	所在地	〒987-6543 □□市××〇〇番地 電話番号 000 (111) 2222														
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	※65歳未満の方はここにも記入してください。															

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成するために必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、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、紀の川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。

代筆者氏名	紀の川 花子	本人との関係	妻
代筆者住所	紀の川市〇〇△△番地	電話番号	9 9 - 1 2 3 4

本人氏名

紀の川 太郎

※市記入欄(記入しないでください)

入力の確認

資格者証の発行	認定調査連絡事項	認定調査委託先
済・未	有・無	

資格者証	認定調査	医師意見書

(ご記入ください)

## 認定調査について

要介護認定のために、あなたのところや身体の状態に関する項目について、調査員があなたのご家庭などにお伺いしてお聞きます。

認定調査にあたって、調査員に連絡しておきたい事項等ございましたら、下記にご記入ください。

本人氏名	紀の川 太郎		
日程調整を行う ときの連絡先	ふりがな	きのかわ はなこ	電話番号 0736-99-1234
	連絡者氏名	紀の川 花子	
	本人との関係	妻	連絡時の 注意点 「電話に出にくいので長めに鳴らして欲しい。」等
認定調査日時 について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 特にない</li> <li>・ 曜日の希望がある 月曜日 火曜日 水曜日 木曜日 金曜日</li> <li>・ 時間の希望がある 午前 午後 10 時頃</li> </ul>		
認定調査場所	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 自宅 (住民票上の住所)</li> <li>・ その他(調査場所の住所を下記に記載してください)</li> </ul>		
家族等の立会い について	どなたか認定調査時に同席する方はいますか。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ いる 家族( 妻 ) その他( )</li> <li>・ いない</li> </ul>		
手話通訳者などが 必要ですか	あなたの意思を調査員に伝えるために、手話通訳者などが必要ですか。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 必要 具体的にどのような人ですか ( )</li> <li>・ 必要ない</li> </ul>		
その他、認定調査に関して、何か伝えておきたいと思われたことがありましたら、その内容をご記入ください。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 一人暮らしで歩行が不安定のため、買い物の介助を希望。</li> <li>・ トイレやお風呂に手摺りの設置を希望。車椅子やベッドのレンタル希望。</li> <li>・ 物忘れがひどくなってきて、家族が対応に困っている(認知症については家族に聴き取りしてください)。</li> <li>・ 寝たきり状態で意思疎通も困難。</li> <li>・ 入浴困難でデイサービスを希望。 等</li> </ul>			