

# 介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書

受付者  
確認印

該当する申請種別を○で囲む

## ( 新規・更新・変更・介護 )

次のとおり申請します。

(宛先) 太 田 市 長

↑ 現在  
要介護1~5

↑ 現在  
要支援1~2

|   |                                  |   |                          |               |       |       |  |        |   |         |    |  |                 |  |                          |  |
|---|----------------------------------|---|--------------------------|---------------|-------|-------|--|--------|---|---------|----|--|-----------------|--|--------------------------|--|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>(<br>本<br>人<br>)                | 被保険者番号                           |   |                          |               |       |       |  |        |   |         |    | 申請年月日  | 年 月 日           |  |                          |  |
|   | 医<br>療<br>保<br>険                 | 保険者名  |                          |               |       |       |  |        |   |         |    |  | 保険者番号           |  |                          |  |
|   |                                  | 被保険者証   | 記号                       |               |       |       |  |        | 番号  |         |    |  | 枝番              |  |                          |  |
|   | フリガナ                             |   |                          |               |       |       |  |        |   |         |    | 個人番号   |                 |  |                          |  |
|   | 氏<br>名                           | 生年月日  | 明・大・昭                    |               |       | 年 月 日 |  | 性<br>別 | 男 ・ 女   |         | 年齢 | 歳  |                 |  |                          |  |
|   |                                  | 住 所   | 〒                        |               |       |       |  |        | 電話・携帯電話   |         |    |  |                 |  |                          |  |
|   | 住所地以外にお住いの場合の所在地<br>入院中・入所中の施設名称 |   |                          |               |       |       |  |        |   |         |    |  |                 |  |                          |  |
| 前<br>回<br>の<br>認<br>定<br>結<br>果                     | 介護度                              | 要支援 1 2   |                          | 要介護 1 2 3 4 5 |       |       |  |        | 区<br>分<br>変<br>更<br>時<br>心<br>身<br>の<br>状<br>態<br>が | 悪化 / 改善 |    |  |                 |  |                          |  |
|   | 有効期間                             | 年 月 日 ~   |                          |               | 年 月 日 |       |  |        |   |         |    |  |                 |  |                          |  |
| 申<br>請<br>者<br>(<br>窓<br>口<br>に<br>来<br>た<br>方<br>) | フリガナ                             |   |                          |               |       |       |  |        |   |         |    | 被<br>保<br>険<br>者<br>(<br>本<br>人<br>)<br>と<br>の<br>関<br>係 | 被保険者<br>(本人)が申請 |  | <input type="checkbox"/> |  |
|   | 氏<br>名                           |   |                          |               |       |       |  |        |   |         |    |  | 電話・携帯電話         |  |                          |  |
|   | 住<br>所                           | 被保険者<br>(本人)と同じ   | <input type="checkbox"/> | 〒             |       |       |  |        |   |         |    |  |                 |  |                          |  |
|   | 事<br>業<br>所<br>名                 | 事業所等種別該当に○(地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設・介護医療院・民生委員) |                          |               |       |       |  |        |   |         |    | 事業所番号  |                 |  |                          |  |

|   |                                   |                   |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |                          |                         |
|---|-----------------------------------|-------------------|--|--|--|--|--|--|--|--------------------------------|--|--------------------------|-------------------------|
| 本人の状況   | 入院中・入所中・独居・家族同居(日中独居・日中同居)・その他( ) |                   |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |                          |                         |
| 太<br>田<br>市<br>は<br>訪<br>問<br>調<br>査<br>に<br>立<br>会<br>い<br>を<br>お<br>願<br>い<br>し<br>て<br>い<br>ま<br>す。<br>認<br>定<br>調<br>査<br>連<br>絡<br>先<br>(<br>日<br>中<br>に<br>連<br>絡<br>が<br>つ<br>く<br>も<br>の<br>) | フリガナ                              |                   |  |  |  |  |  |  |  |                                |  | 申請者と同じ                   | 被保険者<br>(本人)から<br>見た続柄等 |
|   | 立会者氏名                             |                   |  |  |  |  |  |  |  |                                |  | <input type="checkbox"/> |                         |
|   | 立会者<br>連絡先                        | 電話                |  |  |  |  |  | 連絡のとれる曜日(月<br>~金)<br>時間帯(8時30分~16<br>時00分) |  | <input type="checkbox"/> いつでも可 |  |                          |                         |
|   | 認定調査<br>連絡先                       | 立会者・本人・申請者・その他( ) |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |                          |                         |
|   | 認定調査<br>場所                        | 入院先・入所先・自宅・その他( ) |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |                          |                         |

|                  |              |       |  |  |  |  |       |  |  |  |     |       |
|------------------|--------------|-------|--|--|--|--|-------|--|--|--|-----|-------|
| 主<br>治<br>医<br>生 | 主治医<br>氏名    |       |  |  |  |  | 医療機関名 |  |  |  | 入院先 | 最終診察日 |
|                  | 医療機関<br>所在地  | 〒     |  |  |  |  | 電話    |  |  |  |     |       |
|                  | 意見書<br>記入依頼日 | 年 月 日 |  | ※意見書を書いていただけない場合がございますので、事前に医療機関へ主治医意見書の作成について必ず了承を得てください。 |  |  |       |  |  |  |     |       |

|       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 特定疾病名 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

・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、主治医意見書、太田市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、太田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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する(地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。)ことに同意します。

・三親等以内の親族から請求があったときは、要介護認定・要支援認定にかかる個人情報をご親族に提供することに同意します。

・更新申請において、申請から30日以内に認定がされない場合、現在の有効期間内であれば、認定延期通知を省略することに同意します。

・所得税法及び地方税法に定める障害者又特別障害者としての認定を申請します。また、要介護認定調査票及び主治医意見書を認定資料として閲覧し、使用することに同意します。

|            |            |             |  |
|------------|------------|-------------|--|
| 主治医<br>入力者 | 付 記<br>入力者 | 2号入力<br>確認者 |  |
|------------|------------|-------------|--|

被保険者(本人) 氏名

※ コピー、印字不可

※ 新規・変更・介護 申請は以下の欄をご記入下さい。

Q1 申請しようと思ったきっかけは何ですか？

|  |                                 |
|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 毎日の生活に支障が出ている | <input type="checkbox"/> 家族の勧め  |
| <input type="checkbox"/> 医師・看護師等の勧め    | <input type="checkbox"/> その他( ) |

Q2 利用したいサービスは何ですか？

|   |                                 |
|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ヘルパー、デイサービス等       | <input type="checkbox"/> 施設入所   |
| <input type="checkbox"/> 住宅改修               | <input type="checkbox"/> その他( ) |
| <input type="checkbox"/> 福祉用具レンタル・購入        | <input type="checkbox"/> 未定     |
| <input type="checkbox"/> 暫定プランを開始する( 月 日から) |                                 |

Q3 現在の生活場所が病院等の場合ご記入ください。

病室( 階 号室) 入院日( 年 月 日)

退院・転院の予定はありますか。( ある ・ ない ) ある場合のみ以下にご記入願います。

退院・転院 予定日 ( 年 月 日)

退院・転院先 【 未定 自宅 病院 施設 その他( ) 】

退院・転院先が未定・自宅以外の場合、退院・転院先名をご記入願います。( )

Q4 現在の心身の状況はいかがですか？ (入院・退院・手術後1週間は調査できません。)

|  |                              |
|--|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 安定している                | <input type="checkbox"/> 退院後 |
| <input type="checkbox"/> 認知症状や物忘れがある           | 入院期間 年 月 日～ 年 月 日            |
| <input type="checkbox"/> 手術(前・後)である(手術日 年 月 日) | 入院理由( )                      |

(具体的な生活状況・症状・診断病名等)

- ・ 歩行 ( 支えなく歩行できる 杖等につかまって歩行できる 歩行できない 不明 )
- ・ 食事 ( 自分で食べられる 一部介助が必要 全て介助が必要 不明 )
- ・ 着替え ( 自分で着替えられる 一部介助が必要 全て介助が必要 不明 )
- ・ 排泄 ( 自分で排泄できる 一部介助が必要 全て介助が必要 不明 )
- ・ 会話 ( 問題なくできる かみ合わない時がある 会話できない 不明 )
- ・ その他 ( 主な疾患名、具体的な症状等 )

Q5 調査員用の駐車スペースはありますか？  はい( )  いいえ

Q6 飼っているペット・動物はいますか？  はい【 イヌ ネコ 他( ) 】  いいえ

Q7 調査員に伝えておきたいことはありますか？

|   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> がん末期等で状態が急変する恐れがある<br>緩和ケア・看取り状態である (病状等を記入) | <input type="checkbox"/> 結核病棟・感染症棟に入院中である      |
| <input type="checkbox"/> 病名を本人に告げていないので配慮してほしい                        | <input type="checkbox"/> 認知症があるので別の場所で話を聞いてほしい |

Q8 その他に調査員への連絡事項、調査時の、注意、留意すべき事項がありましたらご記入下さい。