

介護保険 要介護認定・要支援認定申請書(記入例)

(宛先) 榎原市長 ※該当するものに「レ」を記入してください。→ ☐ 新規 ☐ 更新 ☒ 変更 ☐ 転入

次のとおり申請します。

申請年月日										年			月			日								
被保険者番号		0 0 0 0 0 1 2 3 4 5										個人番号		9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 0 0										
医療 保 険	保険者名		榎原市										保険者番号		123456									
	被保険者証		記号		ABC						番号		789				枝番		1					
	フリガナ		カシハラ タロウ										生年月日		明・大 12 年			3 月			4 日			
	氏 名		榎原 太郎										性別		男 ・ 女									
住 所		榎原市 〇〇 町										〇〇〇												
		電話番号： 0744 - 〇〇 - 〇〇																						
		要支援状態区分 1 ・ ②										要介護状態区分 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5												
		有効期間 H・R 3 年 4 月 1 日 から H・R 6 年 3 月 31 日																						
前回の要介護認定の結果等		*14日 他市町 転入 のみ										変更申請の場合は、変更の理由(増加又は減少した介護の手間)を具体的に必ずご記入ください。												
		「はい」の場合、申請日 年 月 日																						
		《例》認知症状により、排泄時にオムツ交換の手間が増加したため。																						
		介護保険施設の名称等・所在地										期間 R2 年 4 月 1 日 ~												
		軽費老人ホーム榎原 榎原市〇〇町〇										年 月 日												
		介護保険施設の名称等・所在地										期間 年 月 日 ~												
		年 月 日																						
		介護保険施設の名称等・所在地										疾病名： 期間 年 月 日 ~												
		(階 号室)										年 月 日												
		介護保険施設の名称等・所在地										疾病名： 期間 年 月 日 ~												
		(階 号室)										年 月 日												

変更または更新申請の場合は記入してください。

入院・入所中の場合はご記入ください。なお、入院中の場合は退院日が決定してから申請してください(特別な理由がある場合はご相談ください)

変更申請の場合は、変更の理由(増加又は減少した介護の手間)を具体的に必ずご記入ください。

《例》認知症状により、排泄時にオムツ交換の手間が増加したため。

※ 退院の予定がないなど、介護保険によるサービスの利用を見込めない場合は、状態が安定してから申請してください。

申請者氏名	榎原 二郎	被保険者との関係	長男
提出代行者名称	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・介護医療院) (申請者が、本人や家族の場合は記入不要です。)		
住 所	〒 電話番号： (ケアマネ氏名：) (申請者の住所を記入してください。)		

※ 主治医の欄は必ずご記入ください。(主治医に書いてもらう必要はありません)最終診察日：R3年4月1日 次回診察日：R3年4月30日

主治医	主治医の氏名	榎原 さらら先生 (診療科目 内 科)	医療機関名	榎原病院
	所 在 地	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 榎原市〇〇町〇	電話番号： 0744 - 〇〇 - 〇〇	

※ 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	
-------	--

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

被保険者が40歳から64歳の方はご記入ください。特定疾病に該当されない場合は介護保険の対象外となりますので、主治医意見書を記入する医師に確認してからの申請を勧めております。

被保険者本人以外が署名する場合が本人氏名を記入のうえ、代筆者の氏名・続柄をご記入ください。必ず自筆でお願いします。

本人氏名	榎原 太郎
代筆者	榎原 二郎
続柄	(長男)

(※裏面も必ず記入してください。)

* 代筆の方の続柄も記入してください。

訪問調査について

訪問調査員に事前にあなたの状況をお知らせするために、以下の内容についてご記入ください。

1. 調査時の同席者

☐ なし ☒ あり 氏名: 榎原 二郎 本人との関係 (長男)

2. 日程調整の連絡先

氏名: 榎原 二郎 本人との関係 (長男)

調査には、本人の日頃の状況を把握している方(主な介護者)が同席してください。介護認定は介護の手間が重要な判断基準です。

電話番号: 0744 - 〇〇 - 〇〇 つながりやすい時間帯: 9:00-12:00

携帯番号: 090 - 〇〇 - 〇〇 つながりやすい時間帯: 9:00-12:00

3. 調査場所

☐ 住民票の住所と同じ ☒ 左記以外 ⇒ 軽費老人ホーム榎原

つながりやすい時間帯があれば参考にさせていただきますので記入ください。
この時間に必ず連絡するというわけはありません。

4. 訪問調査の日時について、都合の悪い曜日・時間帯があれば×をつけ

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
午 前					
午 後		×	×	×	

(☐ 特になし ☐ 連絡時に相談) ※調査時間は、原則9時30分から15時30分です。

5. 認知症

☐ なし ☒ あり ⇒ (本人の前で話しづらいことが... ☐ ない ☒ ある)

6. 訪問調査に関して

調査員に伝えておきたいこと(がん告知の有無、筆談希望、認知症の状況等)があれば記入してください。

新規申請の場合は、申請にいたる経緯やサービスの希望等をお書きください。

《例》

令和2年4月1日軽費老人ホームに入所。令和3年1月中旬ごろから、尿意が分からなくなり紙オムツを使用していましたが、今月に入ってから自分で交換ができなくなり、便器の汚染があり、介助の手間が増えています。訪問介護の増加を希望します。認知症という言葉をきくと、怒ることがあるので、調査時は使わないでください。聞こえづらいので大きな声で話してください。

7. 現在受けているサービスの状況について頻度を記入してください。(申請した月のサービス利用回数)

訪問介護	訪問入浴	訪問看護	訪問リハビリ	居宅療養管理	通所介護	通所リハビリ	短期入所生活	短期入所療養	特定施設
8 回/月	回/月	回/月	回/月	回/月	回/月	回/月	日/月	日/月	日/月
看護小規模	福祉用具貸与	福祉用具購入	夜間訪問介護	認知通所介護	小規模多機能	グループホーム	地域特定施設	地域密着特養	定期介護看護
日/月	品/月	品/月	日/月	日/月	日/月	日/月	日/月	日/月	回/月

●住宅改修 (なし・あり) ●介護保険以外の在宅サービス [

●チェックリスト該当者のサービス状況 ⇒ 訪問介護 回/月 ・ 通所介護 回/月

8. 直近2年の間で交通事故にあったことはありますか。

☒ なし ☐ あり