

介護保険 要介護、要支援認定申請書

R4. 4～

新規
 要支援者の要介護新規申請
 更新
 区分変更
 転入・生保継続

三沢市長 次のとおり申請します。 申請年月日 令和 年 月 日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号				個人番号				
	医 療 保 険	保険者名				保険者番号			
		被保険者証		記号	番号	枝番			
	フリガナ				生年月日		明・大・昭 年 月 日		
	氏名				性別		男 ・ 女		
	住所				電話番号 - -				
	申請時現在の 介護認定状況について				<input type="checkbox"/> 要支援() <input type="checkbox"/> 要介護() <input type="checkbox"/> 総合事業対象者				
	14日以内に他自治体から 転入した者のみ記入				有効期間 平成 年 月 日から 令和 年 月 日まで 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。 (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				

提 出 代 行 者	名称又は氏名		<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター (担当者:)					
	住所		電話番号 - -					
	窓口に来た人		<input type="checkbox"/> 提出代行者と同じ <input type="checkbox"/> その他(施設名等:)					

主 治 医 <small>※ここに記載された主治医に意見書作成を依頼することになります。</small>	主治医の氏名		(科名: 科)		医療機関名	
	所在地		〒 -		電話番号 - -	

40歳から64歳の方のみ要記入 ※特定疾病名は必ず記入してください。※医療保険証の写しを添付して下さい。	
特定疾病名	
備考	

私は、介護サービス計画又は介護予防サービス計画の作成及び介護報酬の請求の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、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、介護保険施設、地域密着型サービス事業者、地域密着型介護予防サービス事業者、居宅サービス事業者又は介護予防サービス事業者、並びに主治医意見書を記載した医師及び認定調査に従事する調査員に提示することに同意します。
 (更新申請の場合のみ)私は、申請から30日以内に認定がされない場合、現在の認定の有効期間内であれば、認定延期通知の省略に同意します。

本人氏名 代筆者氏名 (続柄:)

～ 以下の欄は記入しないで下さい。(市記入欄) ～

受付番号	LP申請	情報提供依頼書処理 介護保険法の規定に基づき通知してよいか伺います。 決裁 <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>課長</td> <td>課長補佐</td> <td>係長</td> <td>係員</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	課長	課長補佐	係長	係員				
課長	課長補佐		係長	係員						
被保険者証	<input type="checkbox"/> 回収済 <input type="checkbox"/> 未収									
負担割合証	<input type="checkbox"/> 交付									
その他		調 ・ 意 ・ 結								

(裏面連絡票にも記入願います。)

介護保険申請連絡票

介護保険申請に係る連絡事項は次のとおりです。

被保険者番号		家族構成 ※具体的に	
被保険者氏名		認知症の有無	<input type="checkbox"/> 有り(医師の診断 有・無) <input type="checkbox"/> 無し
		難聴の有無	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し

概況 〔新規・区分〕 要支援者の要介 護新規申請も記入	いろいろからどのようなことでお困りですか？(具体的にお願いします)	概況記入者 <input type="checkbox"/> 本人、家族 <input type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> 施設職員 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 窓口対応職員
	(新規申請の場合)認定後について <input type="checkbox"/> 在宅サービス希望 <input type="checkbox"/> 施設入所希望 <input type="checkbox"/> その他	

日程調整等の連絡先

①【主治医意見書作成に関する連絡先】※医療機関などから直接連絡することがあります。日中連絡が取れる電話番号などを記入してください。	
②【認定調査に関する連絡先】※日中連絡が取れる電話番号などを記入してください。	【調査時の注意点】
連絡が取りやすい時間帯: (基本的に平日8:30～16:30の間に連絡します。)	
調査場所: <input type="checkbox"/> 住所と同じ <input type="checkbox"/> 入院・入所・入居施設 <input type="checkbox"/> その他()	
駐車場: <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し(近所で駐車できる場所:)	
担当ケアマネジャー氏名: 事業所名: 電話番号:	

③【現在受けているサービス状況】…調査員に対しサービス内容について連絡する項目です。該当欄をチェックし、利用頻度、事業所名等を記入。	
在宅利用(認定調査を行う月のサービスの利用回数等を記入。(介護予防)福祉用具貸与は調査時点の、特定(介護予防)福祉用具販売は過去6ヶ月の品目数を記入。)	
<input type="checkbox"/> 1. 訪問介護(ホームヘルプ)・訪問型サービス	月 回(利用曜日) 事業所名:
<input type="checkbox"/> 2. (介護予防)訪問入浴介護	月 回(利用曜日) 事業所名:
<input type="checkbox"/> 3. (介護予防)訪問看護	月 回(利用曜日) 事業所名:
<input type="checkbox"/> 4. (介護予防)訪問リハビリテーション	月 回(利用曜日) 事業所名:
<input type="checkbox"/> 5. (介護予防)居宅療養管理指導	月 回(利用曜日) 事業所名:
<input type="checkbox"/> 6. 通所介護(デイサービス)・通所型サービス	月 回(利用曜日) 事業所名:
<input type="checkbox"/> 7. (介護予防)通所リハビリテーション(デイケア)	月 回(利用曜日) 事業所名:
<input type="checkbox"/> 8. (介護予防)短期入所生活介護(ショートステイ)	月 日 事業所名:
<input type="checkbox"/> 9. (介護予防)短期入所療養介護(療養ショート)	月 日 事業所名:
<input type="checkbox"/> 10. (介護予防)特定施設入居者生活介護	月 日 事業所名:
<input type="checkbox"/> 11. 看護小規模多機能型居宅介護	月 日 事業所名:
<input type="checkbox"/> 12. (介護予防)福祉用具貸与	品目
<input type="checkbox"/> 13. 特定(介護予防)福祉用具販売	品目
<input type="checkbox"/> 14. 住宅改修 ※これまでに利用があればチェック	
<input type="checkbox"/> 15. 夜間対応型訪問介護	月 日(利用曜日) 事業所名:
<input type="checkbox"/> 16. (介護予防)認知症対応型通所介護	月 日(利用曜日) 事業所名:
<input type="checkbox"/> 17. (介護予防)小規模多機能型居宅介護	月 日(利用曜日) 事業所名:
<input type="checkbox"/> 18. (介護予防)認知症対応型共同生活介護	月 日 事業所名:
<input type="checkbox"/> 19. 地域密着型特定施設入居者生活介護	月 日 事業所名:
<input type="checkbox"/> 20. 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	月 日 事業所名:
<input type="checkbox"/> 21. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	月 日 事業所名:
<input type="checkbox"/> 22. 市町村特別給付())
<input type="checkbox"/> 23. 介護保険給付外の在宅サービス())

施設利用

<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護適用施設 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護適用施設(グループホーム) <input type="checkbox"/> 医療機関(医療保険適用療養病床) <input type="checkbox"/> 医療機関(療養病床以外) <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム ^{※1} <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム ^{※1} <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム ^{※1,2} <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者住宅 ^{※1} <input type="checkbox"/> その他施設	施設名 所在地 〒 電話番号
※1 特定施設入居者生活介護適用施設を除く ※2 サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けているものを除く	