

介護保険 要介護・要支援認定申請書

武蔵村山市長 殿

次のとおり申請します。

☐新規・☐更新・☐変更・☐介護

申請年月日

年 月 日

認定を受ける人 (被保険者)の状況	個人番号																
	医療保険	<input type="checkbox"/> 国民健康保険	保険者名	保険者番号													
		<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険															
		※番号のみ記入															
		<input type="checkbox"/> その他															
	被保険者番号		0	0	0	0							性別	男	女		
	フリガナ												生年月日	大・昭	年	月	日
	氏名																
	住所		〒 武蔵村山市										電話番号				
	現在の要介護認定内容等		要介護/要支援状態区分	1	2	3	4	5	支援1	支援2	非該当						
有効期間		年 月 日 から 年 月 日まで															
申請の理由 (更新申請の場合記入不要)		1 身体状況または認知症症状、精神・神経症状の(□低下・□改善) 2 介護サービスの利用希望(希望するサービス:) 3 病院(主治医)からの勧め 4 その他 ()															

申請者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> 提出代行													
	氏名又は事業所名												続柄又は担当者名	
	住所												電話番号	

主治医	診療科目		内・外・整形・脳外・脳神経・循環器・消化器・リハビリ・精神神経・呼吸器・泌尿器・()									
	主治医の氏名		医療機関名									
	所在地		電話番号									
	受診状況	定期・不定期()	最終診察日	年	月	日	次回診察予定日	年	月	日		

確認者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/> その他		※複数選択可											
	氏名又は事業所名												続柄又は担当者名	
	住所												電話番号	

第二号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)のみ記入

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

以下について同意します。

- 1 確認者に、本申請に記載された内容、進捗状況、認定結果等を提示等すること
- 2 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必要と認められる場合において、要支援・要介護認定に係る調査内容、主治医意見書、介護認定審査会による判定結果・意見、申請者以外の家族の連絡先、契約している居宅サービス事業者及び利用者負担割合を、居宅介護支援事業者、地域包括支援センター、居宅サービス事業者、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等すること

本人氏名 自筆又は記名押印		代筆者氏名	本人との関係 ()
------------------	--	-------	---------------

※代筆の場合は本人氏名及び代筆者氏名の両方を記入

連絡事項記入欄										
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

認定延期通知について(更新申請の場合のみ記入) 要介護・要支援認定について、延期の理由及び見込み期間を記した通知を省略することに	<input type="checkbox"/> 同意する	<input type="checkbox"/> 同意しない
---	-------------------------------	--------------------------------

市記入欄	保 資	障 生	受付		調査依頼		意見書	OCR 調 医	
------	--------	--------	----	--	------	--	-----	------------	--

訪 問 調 査 ア ン ケ ー ト

このアンケートは、訪問調査の前にご本人の状況等をお伺いするものです。

申 請 の 種 類	新 規 ・ 更 新 ・ 変 更 ・ 介 護	調 査 対 象 者 氏 名	フリガナ
-----------	-----------------------	---------------	------

該当する項目をチェック(☑)し、必要事項を記入してください。

現在生活されているところ (訪問調査に伺う場所)は どこですか？	<input type="checkbox"/> 自宅(住民登録のある武蔵村山市内の住所)	電話番号
	<input type="checkbox"/> 表面記載の病院又は施設に入院(所)中	(年 月 日より)
	病院・施設名称	(病棟)
	所在地	電話番号
	<input type="checkbox"/> 住民登録地以外で生活されている方	(年 月 日より)
	名称	電話番号
	住所	
訪問調査に立ち合う方は いますか？	<input type="checkbox"/> なし	
	<input type="checkbox"/> あり	フリガナ
	氏 名	本人との関係
	日中連絡の取れる電話番号①	②
訪問日の調整はどなたへ 連絡しますか？	<input type="checkbox"/> 本人	
	<input type="checkbox"/> 立会人	
	<input type="checkbox"/> その他 ()	電話番号
訪問調査に伺えない日は ありますか？	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	事由: <input type="checkbox"/> デイ・リハビリ・透析など(<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金)	
	<input type="checkbox"/> ショートステイ (月 日から 月 日まで)	
	<input type="checkbox"/> その他 具体的な月日など (例 通院があるため〇〇日は避けて欲しいなど)	
調査の際に注意するべき ことはありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	(例 介護認定の調査とは伝えないでほしい・病名は伏せてほしいなど)	

※ 以下、介護、変更申請の方のみ記入

介護・変更申請の場合、介護 度が上がる以外に、維持・改 善となる可能性がありますの で、ご注意ください。	<input type="checkbox"/> 介護・変更申請について理解し、申請します。
主治医と相談したうえで、介 護・変更申請に係る意見書を 再度、記入していただくこと をお願いしていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
現在の介護にかかる手間の わかる方に、調査の同席をお 願いしてありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ