

介護保険 要介護認定・要支援認定申請書

安城市長

新規
 要支援者の要介護新規申請
 更新
 区分変更
 転入

注意 1 該当する項目にはレ点を付けてください。
 2 介護保険被保険者証を添付してください。

		申請年月日	年	月	日
被 保 者	被保険者番号				
	フリガナ				
	氏名	生年月日	年	月	日
		性別	男	・	女
	住所	〒			電話番号 () -
険 者	現在の施設等への入所・入院状況(短期入所を除く)	施設名	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 特定施設等		
		所在地	〒		
		入院(所)日	年	月	日
		手術	有(月日)・無	退院予定日	月

前回の要介護認定の結果等	状態区分	要支援 () 要介護 ()	有効期間	年	月	日	～	年	月	日
申請理由	<input type="checkbox"/> ヘルパー、通所介護等のサービスを希望 <input type="checkbox"/> 福祉用具、住宅改修等を希望									
	<input type="checkbox"/> その他()									
認定後のサービス利用	<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 至急利用したい <input type="checkbox"/> 利用を考えている <input type="checkbox"/> 当面利用は考えていない									

申 請 者	氏名			被保険者との続柄	
	住所	〒		電話番号	() -
提 出 代 行 者	名称	<input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 指定介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター			
	所在地			印	担当者名 []

主 治 医	医療機関名			医師氏名	
	所在地	〒		電話番号	() -
	最終受診日	年	月	日	今回の申請について主治医は意見書の作成を了承していますか。 <input type="checkbox"/> 了承している <input type="checkbox"/> 了承していない → 必ず、主治医に意見書の作成の了承を得てください。
	次回受診予定日	年	月	日	

※以下は、第2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)のみ記入し、医療保険被保険者証を提示してください。

医療保険者名		特定疾病名	
被保険者証記号番号			

※以下は、更新申請の場合のみ記入してください。

現在の有効期間内に認定がされる場合、認定延期の通知をしないことに同意しますか。 同意する 同意しない

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、及び主治医意見書を、安城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。

本人(被保険者)氏名 _____

※裏面もご記入ください。

※ 事 務 処 理 欄	<input type="checkbox"/> 被保険者証回収 <input type="checkbox"/> 資格者証発行		保険者確認	調査日時	平成	年	月	日()	調 査 員	
	<input type="checkbox"/> 健康保険証(写)添付(2号被保険者)				AM・PM	:				
	調査予定	システム入力	調査依頼	施設依頼	受付者	意見書手数料				
	番号確認	個人番号カード・通知カード・住民票の写し 住民票記載事項証明書・その他								
代理権確認	本人・法定代理人(登記事項証明書等)・任意代理人(委任状) 介護保険被保険者証・その他()								身元確認	個人番号カード・運転免許証・居宅介護支援専門員証 その他() ※写真がないものは2つ以上で確認

認定調査にあたって 認定調査の日程調整など円滑に行うために必要となりますのでご記入ください。

訪問調査先	※ 主として寝泊まりしている場所、入院・入所先等で、約1週間以上過ごしている場所を記入してください。
<input type="checkbox"/> 現在入院・入所施設	<input type="checkbox"/> 入院・入所予定施設 (月 日入院・入所予定 [])
<input type="checkbox"/> 被保険者住所	<input type="checkbox"/> その他 ()
[〒	電話番号 () -]
※ 認定調査を特に急ぐ必要がある場合は、「がん末期」など具体的理由を記入してください。	
理由	

○ 認定調査の日程調整は、どなたとすればよろしいですか。

<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 家族	ふりがな 氏名 : _____	同居・別居	続柄 ()
		昼間連絡先TEL (_____)	携帯TEL (_____)	
本人・家族以外の方 (事業者名・氏名等) : (_____) 本人との関係 (_____)				
昼間連絡先TEL (_____)				

○ 調査の当日に、どなたか同席を希望される方がいますか。

<input type="checkbox"/> はい	ふりがな 家族 氏名 _____	続柄 ()	<input type="checkbox"/> いいえ
	ふりがな 家族以外 氏名 _____	本人との関係 (_____)	
同席者の連絡先TEL (_____)			

○ 月～金曜日のうちで、調査に都合の良い曜日・時間帯や悪い曜日・時間帯がありますか。

下記の表に、都合の悪い曜日・時間帯に×をつけてください。なお、定期的に予定がある場合は、内容を記入してください。(透析、デイサービス、リハビリ等)

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	ショートステイの期間等
AM 9:00～						
AM 10:30～						
PM 1:30～						

※ 調査時間帯は、調査場所等により変わります。調査時間については、ご相談ください。

ショートステイをご利用の場合は、利用日数により調査場所・調査日が変わりますので必ず記入してください。

○ 調査員用の駐車スペースはありますか。

はい → _____

いいえ

○ 現在のご様子や病気について簡単にご記入ください。

○ その他に調査時、注意・留意すべき事項がありましたらご記入ください。

○ 介護保険被保険者証等介護保険に関する全ての書類の送付先変更の希望はありますか。

はい いいえ ※ 介護保険関係全ての書類の送付先が変更になります。

◎認定申請をされますと、認定調査員が、認定調査のためにご自宅等を訪問します。

認定調査では、可能な範囲で歩行や寝返りなどを実際に行っていただくことになっていきますので、ご協力をお願いします。また、ご家族等からも日頃の状況をうかがいますので、認定調査当日は、可能な限り調査時の同席をお願いします。

◎特定疾病一覧 ※ 主治医に確認した上で申請してください。

1 筋萎縮性側索硬化症	2 後縦靭帯骨化症	3 骨折を伴う骨粗鬆症	4 多系統萎縮症
5 初老期における認知症	6 脊髄小脳変性症	7 脊柱管狭窄症	8 早老症
9 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症	10 脳血管疾患		
11 パーキンソン病関連疾患	12 閉塞性動脈硬化症	13 関節リウマチ	14 慢性閉塞性肺疾患
15 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症	16 がん末期		

※表面もご記入ください。