

介護保険 [要介護・要支援]・[新規・更新・変更・転入] 認定申請書

小郡市長 様 次のとおり申請します。

フリガナ	オゴロイ タロウ	申請年月日	令和〇〇年〇月27日
氏名	小郡 太郎	本人との関係	長男
提出代行者 (事業所代行時のみ記入)	該当に〇 ※いずれにも該当しない場合には委任状(任意の様式)の添付が必要です 地域包括支援センター・指定居宅介護支援事業所・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・地域密着型老人福祉施設・介護医療院		
住所	〒838-0141 小郡市小郡255番地1	電話番号	73-〇〇〇〇

2 介護保険被保険者番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	3 個人番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
4 医療保険	保険者名 福岡県国民健康保険 ※保険証の添付でも可	保険者番号	400176
	被保険者 記号 12	番号	34567 枝番 01
5 フリガナ	オゴロイ ハナコ	生年月日	大(略) 〇年〇月〇日
氏名	小郡 花子	性別	男・(女)
住所等	〒 電話番号		
6 前回の要介護認定の結果等	要介護状態区分 1 (2) 3 4 5 要支援状態区分 1 2 有効期間 令和〇年〇月1日 から 令和〇年〇月31日		
7 現在の状態 (該当の口をチェック)	転出元自治体(市町村)名 [〇〇市] 現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 はい・(いいえ) (すで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」の場合、申請日 年 月 日		
8 変更申請の理由	1. 心身の状態が変わったため 2. その他()		

9 主治医 (意見書を依頼する医師) ☑郵送 ☐手渡し	医療機関名	小郡〇〇病院	氏名	福岡 〇〇
	所在地	〒838-0141 小郡市小郡〇〇番地	電話番号	72-〇〇〇〇

10 訪問調査の立会い ☐申請者と同じ	(有) (無) ☑同居家族 ☐別居家族 ☐その他(本人との関係:)	立会人氏名	小郡 太郎
日程調整の連絡先 ☐申請者と同じ	氏名 小郡 太郎 (本人との関係: 長男)	電話番号	73-〇〇〇〇
認定結果通知 次回更新案内の送付先 (該当の口をチェック)	☑本人(介護保険被保険者証の住所) ☐申請者(日本人氏名非表示) ☐その他	調査できない日 (曜日)	水
	住所 〒 その他に チェックの 場合記載 宛名	駐車場の有無	(有) (無)

2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

11 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、小郡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、小郡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。

12 本人氏名(署名) 小郡 花子 (直筆で) (代筆者氏名) 小郡 太郎 (本人との関係) 長男

認定調査決定日時 月 日 時 分～ 担当調査員 受付

介護保険認定申請書の記入例&留意事項(表面)

1 申請者

- ☆申請書を作成する方の情報を記入してください
- ☆提出代行者ができる事業所は次のとおりです。
 - ・地域包括支援センター ・指定居宅介護支援事業所 ・指定介護老人福祉施設 ・介護老人保健施設
 - ・地域密着型老人福祉施設 ・介護医療院
- ※上記以外の事業所は、委任状が必要です。

被保険者

- 2 介護保険被保険者番号
 - ☆介護保険被保険者証に記載されている被保険者番号を記載してください
- 3 個人番号
 - ☆個人番号カードに記載されている個人番号を記載してください
- 4 医療保険
 - ☆加入している医療保険の保険証に記載されている保険者名・保険者番号等を記入してください
- 5 氏名・生年月日・性別・住所・電話番号
 - ☆介護保険の認定を受ける被保険者の方を記入してください
 - ☆住所・電話番号が申請者と同じ場合は、「住所等」の口に✓をいれるだけで結構です
- 6 前回の要介護認定の結果等
 - ☆更新・変更申請の方は、前回の要介護認定結果を記入してください
- 7 現在の状態
 - ☆該当する口に✓をいれ、在宅(住所地)以外の方は施設名等を記入してください
- 8 変更申請の理由
 - ☆変更申請の方のみ、いずれかに○をつけ、2の場合は()に内容を記入してください

※2,3,4が不明な場合は、空欄でも構いません

9 主治医

- ☆主治医意見書を依頼する医療機関・医師の内容を記入してください
- ※かかりつけ医や入院先など、被保険者本人の介護の必要性を書いてもらえる医師を選んでください
- ※最後の受診から期間が空いている場合は意見書の記入が難しく、受診が必要になる場合があります
- ☆主治医意見書の様式は申請受付後、基本的に市から医療機関へ郵送します
- 受診等で近々医療機関へ行く予定がある方は、持参の協力をお願いしています

10 訪問調査の立会い

- ☆立会いを希望する場合は、有に○をつけ、同居家族等の口に✓を入れ、立会人氏名を記入してください
- ☆訪問調査の日程の調整先となる方の氏名と本人との関係・電話番号・調査できない曜日を記入してください
- ☆調査員が軽自動車です調査に伺いますので、駐車場の有無に○を記入してください
- ☆認定結果通知等の送付先は、希望する口に✓を入れ、その他の場合は住所等を記入してください

11 特定疾病名(第2号被保険者=40歳から64歳の医療保険加入者のみ記入)

- ☆主治医に確認し、該当する特定疾病の名称を記入してください

12 署名(介護サービスの利用に係る計画作成の等のための情報提供に関する同意)

- ☆署名は本人が直筆してください
- ☆本人が書くことができない場合は家族・親族の方が代筆してください

要介護・要支援(新規・**更新**・変更・転入)申請確認票

※該当する口にチェック

申請者(来庁者)	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 事業者(事業所名:)
① 日常生活で困っていること	歩行に困難があり、外出時は歩行器や杖を使用している。 服を自分で着たり脱いだりすることができないため、家族が介助している。 最近、物忘れなどが気になるようになってきた。

②
■希望する介護保険サービス

<input type="checkbox"/> 訪問介護(ホームヘルプサービス) <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション(デイケア) <input type="checkbox"/> 住宅改修費の支給 <input checked="" type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 介護保険施設(特別養護老人ホーム、老人保健施設、療養型医療施設) <input type="checkbox"/> サービスの利用を検討中	<input type="checkbox"/> 通所介護(デイサービス) <input type="checkbox"/> (看護)小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 福祉用具の貸与及び購入費の支給 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 介護保険施設(特別養護老人ホーム、老人保健施設、療養型医療施設) <input type="checkbox"/> サービスの利用を検討中
--	---

③
■現在、利用している介護保険サービス

<input type="checkbox"/> 訪問介護(ホームヘルプサービス) <input checked="" type="checkbox"/> 通所介護(デイサービス) <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション(デイケア) <input type="checkbox"/> (看護)小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 住宅改修費の支給 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> その他()	週 回 週 2 回 週 回 週 回 <input type="checkbox"/> 福祉用具の貸与及び購入費の支給 <input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> 現在、利用中のサービスなし
---	--

④
■現在、利用している介護保険以外のサービス

生きがいデイサービス(※新規申請のみ) <input type="checkbox"/> 利用 <input checked="" type="checkbox"/> 未利用 ※生きがいデイサービス利用者は利用している事業所名をご記入ください(事業所名:)
--

※小郡市記入欄(以下は記入しないでください)

<table border="1"> <tr> <th>身元確認書類</th> <th>提出</th> <th><input type="checkbox"/> 本人</th> <th><input type="checkbox"/> 代理</th> <th><input type="checkbox"/> 代行</th> </tr> <tr> <td> 【1点で確認】 <input type="checkbox"/> 通 <input type="checkbox"/> 介 <input type="checkbox"/> 個 <input type="checkbox"/> 障 【2点で確認】 <input type="checkbox"/> 介 <input type="checkbox"/> 介 <input type="checkbox"/> 健 【その他()】 () </td> <td colspan="4" style="text-align: center;"> この欄は市の確認欄です 記入の必要はありません </td> </tr> </table>	身元確認書類	提出	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 代理	<input type="checkbox"/> 代行	【1点で確認】 <input type="checkbox"/> 通 <input type="checkbox"/> 介 <input type="checkbox"/> 個 <input type="checkbox"/> 障 【2点で確認】 <input type="checkbox"/> 介 <input type="checkbox"/> 介 <input type="checkbox"/> 健 【その他()】 ()	この欄は市の確認欄です 記入の必要はありません			
身元確認書類	提出	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 代理	<input type="checkbox"/> 代行						
【1点で確認】 <input type="checkbox"/> 通 <input type="checkbox"/> 介 <input type="checkbox"/> 個 <input type="checkbox"/> 障 【2点で確認】 <input type="checkbox"/> 介 <input type="checkbox"/> 介 <input type="checkbox"/> 健 【その他()】 ()	この欄は市の確認欄です 記入の必要はありません									

介護保険認定申請書の記入例&留意事項(裏面)

- ①日常生活で困っていること
 ☆「新規」もしくは「更新」の方
 日常生活での困りごと、身体面や認知機能などの状況を記入してください
- ★「区分変更申請」の方
 前回の認定を取得してから生じた身体面や認知機能の変化と、そのことよって生じている生活上の困りごとを記入してください

- ②希望する介護保険サービス
 ③現在、利用している介護保険サービス
 ④現在、利用している介護保険以外のサービス
 ☆いずれも該当する口にチェックを入れ、必要な事項を記入してください

介護保険認定申請に必要なもの

- (1)要介護(支援)認定申請書
- (2)介護保険・主治医意見書予診票
 ※主治医意見書を小郡・三井医師会の医療機関に依頼する方のみ記入してください
- (3)介護保険被保険者証(原本)
- (4)加入している医療保険と保険証番号がわかるもの(医療保険証・資格確認証など)
 ※マイナ保険証をご利用の方は、申請書提出時に上記の情報をお伺いします
- (5)被保険者本人又は代理人の身元を確認できる書類
- (6)被保険者本人のマイナンバーを確認できる書類
- (7)代理権の確認ができる書類(被保険者本人以外による申請の場合のみ)
 ※(5・6・7)については、「介護保険申請にかかる個人番号の確認等について」を参照ください