

介護保険 要介護認定・要支援認定等申請書

該当するものに○⇒《 新規・更新・変更・転入 》

受付印

鳥栖地区広域市町村圏組合管理者 様

次のとおり申請します。

申請年月日		令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	
被保険者番号	0 9 0 1 2 3 4 5 6 7	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
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	ト ス タロウ		生年月日 明・大・昭 〇〇年〇〇月〇〇日
氏名	鳥栖 太郎		性別 男・女 年齢 歳
住所 (住民票上)	〒 ΔΔΔ-ΔΔΔΔ (電話番号) 〇〇〇〇 - xx - ΔΔΔΔ 〇〇市〇〇町Δ丁目ΔΔΔΔ-Δ		
前回の要介護認定の結果等	要支援1 (要支援2) 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5 有効期間 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 ~ 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日		
変更申請の場合の理由			

申請者氏名	鳥栖 花子	本人との関係	妻
提出代行者名	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、指定介護療養型医療施設)		
申請者住所	〒 ΔΔΔ-ΔΔΔΔ (電話番号) 〇〇〇〇 - xx - ΔΔΔΔ 〇〇市〇〇町Δ丁目ΔΔΔΔ-Δ		

主治医	病院名	〇〇病院	(フリガナ) 主治医氏名	カイゴ イチロウ	最終受診日	〇〇月〇〇日
				介護 一郎	次回受診予定日	〇〇月〇〇日
	所在地	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 (電話番号) 〇〇〇〇 - ΔΔ - xxxxx 〇〇市Δ-Δ-Δ				

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 ※医療保険証の写しを添付してください。

特定疾病名	脳血管疾患
<p>① 要介護・要支援認定等の申請に伴い、管理者が調査員に調査を依頼する場合、また主治医に意見を求める場合、管理者がそれぞれに個人情報等を提供することに同意します。</p> <p>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、鳥栖地区広域市町村圏組合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若しくは介護保険施設の関係人、地域密着型サービス事業者、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ものと同意します。</p>	
被保険者氏名	鳥栖 太郎
代筆者氏名	鳥栖 花子 (続柄 妻)
<p>↑代筆の場合は両方にご記入ください。 ※裏面についてもご記入ください。</p>	
<p>※本人の住所において、認定結果通知等の管理が困難な場合は、別途送付先変更届を提出してください。</p> <p><input type="checkbox"/>変更なし(住民票と同じ) <input type="checkbox"/>変更あり <input type="checkbox"/>提出済 <input type="checkbox"/>今回提出 <input type="checkbox"/>前回から変更</p>	
↑窓口で記入	

項目	入力	被保証	2号	転入	PDF	担当
チェック						
内容	MCWELへの入力	介護保険被保険者証の添付	健康保険被保険者証写の添付	転入日の確認(介護度の引継は2週間以内)	PDF(FAX)の送付	

※必ず窓口にて各項目ごとに確認・記入

< 記入例 >

●該当するものに○をしてください。

◎代行申請とは、被保険者本人の意思に基づき、申請を被保険者に代わって行うものです。

●個人番号を正確に記入してください。

個人番号は、個人番号カード、通知カード、番号記載の住民票等で、必ず確認してください。

●医療保険の情報を記入してください。

40歳から64歳までの人で医療保険加入者(2号被保険者)は医療保険の情報を記入するとともに、ご本人の医療保険証の写しを必ず添付してください。

●住民票に記載されている住所を記入してください。

●変更申請の場合はどのように悪化・改善されたのかを具体的に記入してください。

(例として、筋力の低下により歩行ができず、車椅子を常用し、立ち上がりにも介助を要する為)等 (ADLの低下の為)では漠然すぎるためNG!

●申請をされる方の氏名を記入してください。

本人または家族以外に、地域包括支援センター、指定居宅介護支援事業者、介護保険施設、社会保険労務士及び成年後見人等については、提出代行する事ができる。
※認知症対応型共同生活介護(グループホーム)、特定施設入所者生活介護(介護付有料老人ホーム等)、小規模多機能居宅介護については、上記事業所、施設に属さないため、職員による代理申請とする。

●日中つながるご連絡先を記入してください。

●主治医

かかりつけの主治医氏名・病院名・所在地を記入してください。

※大学病院等については、専門的な治療を行う事により主治医意見書の記入の為の広範囲の診療を行わない為、記入を断られる事が多々あります。できるだけ近隣のかかりつけ医に主治医記入をお願いしてください。

●16の特定疾病のいずれかにあてはまるかを確認してください。

※特定疾病については、介護保険ガイドブックを参照

●署名上記の内容をよくお読みのうえ、ご記入してください。

ただし、代筆した場合は、本人の氏名を記入のうえ、代筆者の氏名をご記入してください。

●介護保険の書類をご住所から変更される場合は別途送付先変更届を提出してください。

●窓口にて必ず確認をお願いいたします。

該当項目を実施し、チェック欄、担当欄に記入をお願いします。

要介護・要支援（新規 更新 変更 転入）認定申請確認票

☆ 訪問調査員に事前に状況をお知らせするために、下記の内容についてご記入ください。

被保険者番号	0 9 0 1 2 3 4 5 6 7	(フリガナ) 被保険者氏名	ト ス タロウ 鳥栖 太郎
生年月日	明・大(明) ○○年 ○○月 ○○日	年齢	○○ 歳

●該当するものにチェックしてください。

●申請日・被保険者番号・氏名・生年月日・年齢を記入してください。

① 現在いる所を記入してください（調査予定場所）

<input type="checkbox"/> 自宅	<input checked="" type="checkbox"/> 病院に入院	<input type="checkbox"/> 施設に入所	<input type="checkbox"/> ショートステイ利用	<input type="checkbox"/> 家族宅等	<input type="checkbox"/> その他
名称(家族等の氏名)	○○病院		電話番号	○○○○-△△-××××	
住所	〒△△△-△△△△ ○○市△-△-△ ○○病棟 (5階 号室)				
期間	平成○○年○○月○○日 ~ 平成○○年○○月○○日予定				

●現在いる所を記入してください。自宅の場合でも氏名、電話番号、住所をご記入ください。

※ 現在、医療機関等にご入院中の場合は、退院の目途がついているか、(申請日から1ヶ月~1ヶ月半が目安)また、医療行為を終えて身体状態が安定しているかを必ず確認してください。状況によっては申請取下げになる場合もあります。また、退院について聞いていないが、病院の指示で申請される場合は、予定の後に「病院の指示で申請」とご記入ください。

上記場所から過去1ヶ月間に入院及び入所されていた場合は下記に記入してください。

また、上記場所から今後2週間以内に変更の予定がある場合は下記に記入してください。

<input checked="" type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 病院に入院	<input type="checkbox"/> 施設に入所	<input type="checkbox"/> ショートステイ利用	<input type="checkbox"/> 家族宅等	<input type="checkbox"/> その他
名称(家族等の氏名)			電話番号	○○○○-△△-××××	
住所	〒△△△-△△△△ ○○市○○町△丁目△△△△-△ (階 号室)				
期間	平成○○年○○月○○日 ~ 平成○○年○○月○○日				

●上記の場所から過去1ヶ月間に入院及び入所されていた場合は必ずご記入ください。

●上記の場所から今後2週間以内に変更の予定がある場合は必ずご記入ください。

② 訪問調査の連絡先を記入してください。

氏名	鳥栖 桜子	調査の立会い <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
電話番号	○○○-××××-△△△△ (日中、つながる電話番号)	本人との関係 <input checked="" type="checkbox"/> 同居家族 (例:夫、妻、子、嫁など) <input type="checkbox"/> 別居家族 <input type="checkbox"/> その他 (嫁)

●家族の立会の有無にチェックしてください。

(代行申請の場合は、必ず家族に立会いの有無を確認後、チェックしてください。)

●後日電話で聞き取りする場合がありますので、ご家族の氏名、日中つながる電話番号は必ず記入してください。

※ 調査時にお立会いがなくても後日電話で聞き取りなどをする場合がございますので必ずご記入をお願いします。

③ 訪問調査について都合が悪い曜日・時間帯のみ×をつけてください。

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	<input type="checkbox"/> 特になし
午前						
午後						

●訪問調査の日程について、都合が悪い曜日・時間帯に×をつけてください。

④ 調査時の注意点(調査時に気をつけて欲しいことなどを記入してください)

(例:本人が病名を知らないので言葉に気をつけてほしい、別室での聞き取り調査、難聴で筆談を要する など)

難聴のため、大きな声で調査してください。など

後で鳥栖桜子(嫁)に電話で聞き取りをしてください。(○○○-××××-△△△△) など

特になし 認知症 あり なし 不明

●訪問調査にあたって配慮することなどを具体的に記入してください。

●認知症の有無にチェックしてください。

⑤ 介護保険で利用(予定)しているサービスにチェックし、現在ご利用中の方は()の中に事業所名を記入してください。

<input checked="" type="checkbox"/> 通所介護(デイサービス)(○○○○○○事業所)	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与・購入費の支給
<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 type="checkbox"/> 訪問介護(ホームヘルプサービス)()	<input type="checkbox"/> 短期入所(ショートステイ)()
<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護	<input type="checkbox"/> 訪問看護
<input type="checkbox"/> 施設入所()	<input type="checkbox"/> その他()

●利用(予定)のサービスにチェックしてください。(必ず確認をお願いします)

現在ご利用中の方は、事業所名を記入してください。

⑥ ケアマネジャーがすでに決まっている方は記入してください。(訪問調査後にお伺いする場合があります。)

事業所名: _____

氏名: _____

●訪問調査後に被保険者様のご状態をお伺いする場合があります。

担当ケアマネがいる方は必ずご記入ください。