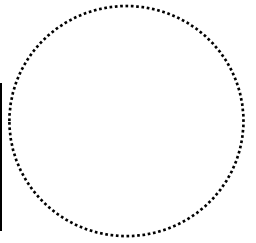


介護保険 要介護認定・要支援認定申請書



申請区分 (該当に○)	1. 新規	2. 更新	3. 区分変更	4. 要介護新規	5. 要支援新規
	6. 転入 (前保険者)				
	7. 他市住所地特例者転居 (前保険者) 8. みなし2号継続				

加西市長 あて 次のとおり申請します。

申請年月日		令和	年	月	日
被保険者番号	2 2 0 0 0	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		大・昭	年	月 日
	氏名	性別		男	・ 女
住所	〒	電話番号	(自宅)	(携帯)	
	前回の要介護認定の結果等	※新規申請の場合は記入不要	要介護状態区分 1 2 3 4 5	要支援状態区分 1 2	
変更申請の理由	該当に○ (なし ・ 介護保険施設 ・ 医療機関 ・ その他施設)				
入所・入院先	名称・所在地		入所・入院の期間		
			平成・令和	年	月 日 から 令和 年 月 日

提出者氏名 (親族等) 又は提出代行者名称 ※本人の場合は記入不要	提出代行者は該当に○ (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・介護医療院)	
	被保険者本人との関係	※提出代行者は不要
住所又は所在地	〒	電話番号 (自宅) (携帯)

主治医	主治医の氏名	医療機関名
	所在地	〒 電話番号
	承諾の有無	意見書作成につき、主治医に承諾を 得ている / 得ていない
	受診状況	定期受診 有 ・ 無 ・ 入院中 最終受診年月 年 月 / 次回受診年月 年 月

第二号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入 ※医療保険被保険者証の写しを添付してください。

特定疾病名	
-------	--

同意欄	<ul style="list-style-type: none"> 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、加西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態等の情報を、加西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。 (更新申請の場合のみ) 今回の要介護認定・要支援認定が申請日から30日を超える場合であっても、現在の要介護・要支援状態区分の有効期間内であれば、認定までの見込み期間等を通知する書面を省略することに同意します。 	
	被保険者氏名	代筆者氏名 (続柄)

※被保険者による自署が困難な場合は、親族等による代筆が可能です(事業者は不可)。

市処理欄		
番号確認	申請者本人確認	代理権確認
個人番号カード・通知カード 住民票の写し その他 () 不要	1点確認	個・免・経・旅・手 他 ()
	2点確認	保(社・国・後・介)・年手・預通 他 ()
被保険者証	添付・紛失・()	資格者証 手渡し・郵送 受付者 ()

認定調査連絡票

認定調査受託 不可 可 事業所名 _____ 調査員名 _____

※認定調査は、平日（祝日を除く）に実施します。原則、午前9:30から、午後は13:30から開始し、概ね1時間程度の時間を要します。

○認定調査のための確認事項についてご記入ください。（電話番号は日中連絡をとりやすい番号を記入してください。）

被保険者氏名	生年月日	大・昭	年	月	日
住所	電話番号				
現在の居所 ※医療機関への入院、介護保険施設・その他施設への入所の場合は、入院・入院中欄に記入してください。	<input type="checkbox"/> 上記と同じ				
	<input type="checkbox"/> 入院・入所中（入院・入所年月日：平成・令和 年 月 日） <input type="checkbox"/> 退院・退所予定（予定日： 月 日） <input type="checkbox"/> 転院予定（予定日： 月 日、転院先： _____）				
	名称 _____ 電話番号 _____				
	住所 _____ 棟 _____ 階 _____ 号室 直近の手術： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 予定（ 月 日） <input type="checkbox"/> 実施（ 月 日）				
認定調査の立会人	<input type="checkbox"/> その他住所				
	氏名・名称 _____ 電話番号 _____				
日程調整連絡先	氏名 _____ 続柄・関係 _____ 電話番号 _____				
	氏名 _____ 続柄・関係 _____ 電話番号 _____				

○本人の生活状況等についてご記入ください。

生活上の家族構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居（配偶者・子・子の配偶者・その他（ _____ ）） <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
主な介護者	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> （同居 / 別居）の家族（ _____ ） <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
サービス利用状況	<input type="checkbox"/> ホームヘルプサービス（訪問介護 / 訪問型サービス / 訪問型サービス B） <input type="checkbox"/> デイサービス（通所介護 / 通所型サービス / 通所型サービス A） <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 短期入所生活・療養介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 特定福祉用具販売 <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> その他（施設・入所等） <input type="checkbox"/> サービス利用なし
	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所等 事業所名 _____ 担当ケアマネジャー _____
その他サービス	<input type="checkbox"/> 配食サービス（ 回/週） <input type="checkbox"/> 福祉用具自費レンタル <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
申請に至った経緯 および調査時に配慮すべき事項	<input type="checkbox"/> サービスの継続利用 <input type="checkbox"/> 利用を希望するサービス（ _____ ） ※病気や心身の状態（疾病名）、認知能力の状況、その他日常生活での困り事などを記入してください。

市記入欄

申請年月日	令和 年 月 日	被保険者番号	2	2	0	0	0						
現在の認定	要介護 ___ / 要支援 ___ / 事業対象者	申請区分	新規・更新・変更			特定疾病名							
有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日	変更理由	状態悪化・状態回復・その他（ _____ ）										
緊急度	至急・普通	至急の理由						主治医医療機関					
調査日時	月 日（ ）	開始時間				調査場所			調査員名				
連絡事項													