

1 安城市介護関連資格取得等補助金について

本市では、介護従事者の資質向上を図るため、介護関連の研修を受講または資格試験を受験した場合、費用の一部に対して補助金を交付しております。

令和3年3月末までは、個人を対象に介護職員初任者研修の資格補助を実施していましたが、令和3年4月から、対象資格、対象者等を変更しておりますので、ご活用ください。概要は別紙1をご確認ください。

2 新型コロナウイルス感染症感染者発生時の報告変更について

介護事業所の皆さまには、利用者や職員の方で新型コロナウイルス感染症の陽性者及び濃厚接触者が発生した場合、速やかに報告をいただいておりますが、現在の介護事業所等における感染状況や、事業所様の負担等を考慮し、報告書の変更及び取扱いを下表のとおり変更いたしました。変更後の報告書については、別紙2をご確認ください。

	変更前	変更後
対象者	利用者または職員	(変更なし)
報告が必要な場合	感染者または感染が疑われる者が発生した場合	感染者が判明した場合のみ(濃厚接触者は報告不要とします)
対応	市高齢福祉課介護保険係に連絡後、 ※感染報告書及び事故報告書を提出	市高齢福祉課介護保険係に連絡後、 感染報告書のみ提出(事故報告書の提出は不要とします)

関係通知：令和4年2月10日付け通知「高齢者施設等における新型コロナウイルス感染症発生時の報告方法の変更について(通知)」

3 介護予防・日常生活支援総合事業に関するページの開設について(市公式ウェブサイトの高齢福祉課のページ内)

本市では、高齢者の介護予防を目的として、平成29年4月から介護予防・日常生活支援総合事業(以下、「総合事業」)を実施しておりますが、この度、総合事業専用のウェブページを開設いたしました。事業者の方が遵守すべき事項をまとめた総合事業マニュアル、運営の手引き、基準要綱等を整理しておりますのでご確認ください。また、総合事業マニュアル及び運営の手引きは、令和3年度版に内容を改定しましたので関係事業所におかれましては併せてご確認ください。

総合トップ>総合メニューから探す>健康・福祉・介護・医療>福祉・介護・医療>高齢者の福祉>事業者向け情報>介護予防・日常生活支援総合事業のマニュアル、運営の手引き、基準要綱について

(<https://www.city.anjo.aichi.jp/kurasu/fukushikaigo/kaigo/sougoumanua1.html>)

4 一般タクシー料金助成利用券について

昨年（令和3年）8月から、65歳以上の要介護・要支援認定を受けておりご自宅で生活している方を対象に、一般タクシーに乗車する際の利用助成券を交付しています。

事業所の利用者で、移動手段に困っている方がみえましたら、ご案内いただければ幸いです。詳細は別紙3をご確認ください。

5 各種申請書類等の性別記載欄の見直しについて

LGBTなど性的少数者の中には、各種申請書類等の性別記載欄に対して、男女のみから選択することへの抵抗や、どのように記載すべきかという悩みなど、精神的苦痛を感じる方もいらっしゃいます。このことを踏まえ、全庁的に各種申請書類等の性別記載欄の見直しが行われました。つきましては、高齢福祉課においても以下の申請書について性別記載欄の見直しを行います。運用開始時期は以下【】のとおりです。各様式は別紙4-1～8をご確認ください。

【運用開始時期：令和4年4月1日】

- ①高齢者給食サービス利用申請書（別紙4-1）
- ②高齢者給食サービス利用廃止届（別紙4-2）
- ③安城市見つけるつながるネットワーク事業登録届（新規・変更）（別紙5-1）
- ④安城市見つけるつながるネットワーク行方不明者検索依頼書（別紙5-2）

【運用開始時期：令和4年3月1日】

- ⑤介護保険要介護認定・要支援認定申請取下書（別紙6）
- ⑥介護保険住宅改修・人にやさしい住宅リフォーム助成金申請取下書（別紙7）

【運用開始時期：令和3年9月1日】

- ⑦介護保険通知書等送付先変更申請書（別紙8）

6 介護保険 要介護認定・要支援認定申請書の改正について

令和3年9月30日付け老発0930第1号の厚生労働省老健局長通知により令和4年4月1日から申請書の記載事項に医療保険被保険者番号等を追加することとなりました。

つきましては、令和4年4月1日以降の申請は別紙9にあります改正後の様式で申請いただきますようお願いいたします。

なお、改正後の申請書は本市かいごWeb上と窓口で配布しております。

安城市介護関係資格取得等補助金のご案内

安城市では、介護従事者の資質向上を図るため、介護関連の研修を受講又は資格試験を受験した場合、費用の一部に対して補助金を交付します。

対象の研修・資格試験

- (1) 介護職員初任者研修
- (2) 介護支援専門員実務研修受講試験
- (3) 介護支援専門員実務研修
- (4) 主任介護支援専門員研修
- (5) 認知症介護実務者研修

対象者

- (1) 介護サービス事業所を運営する事業者
- (2) 介護サービス事業者に雇用されている人

交付条件

次の条件をすべて満たしている必要があります。

- (1) 研修の受講又は資格試験の受験にかかる費用の一部又は全部を負担していること
 - (2) 国・県その他の機関等から、同様の補助金の交付を受けていないこと
 - (3) 市税の滞納がないこと
 - (4) 暴力団員又は暴力団と密接な関係がないこと
 - (5) 安城市に住民登録があること
 - (6) 3か月以上継続して一つの介護サービス事業所に勤務していること
- ※ (5)、(6) の条件は介護サービス事業者に雇用されている人の場合

対象経費

研修の受講料又は資格試験の受験料

★ 受講料等の領収書は、交付申請に必要ですので大切に保管してください。

補助額

補助対象経費の2分の1(上限5万円)

交付申請

提出書類等

- (1) 安城市介護関連資格取得等補助金交付申請書兼実績報告書【様式あり】
- (2) 受講研修等一覧表【様式あり】
- (3) 受講等の修了証又は資格証の写し
- (4) 受講等の受講料又は受験料の領収証の写し
- (5) 事業所に3か月以上勤務していることがわかる書類
(就労証明書、雇用契約書の写し等)

申請期間

研修の受講日又は資格取得日から1年以内

問い合わせ先 安城市役所高齢福祉課介護保険係

電話 (0566) 71-2290 直通
(0566) 76-1111 代表



昨年 8 月開始

高齢者に対して普通のタクシーの 利用助成券を交付しています

65歳以上の要介護・要支援認定を受けている方の外出機会の確保のため、普通のタクシーに乗車した際に500円分助成する券を交付しています。
行き先の制限はありません。どこに行くのにも使っていただけます。
(デイサービスへの行き帰りなど、一部利用できない場合もあります。)

交付対象

65歳以上で要介護・要支援の認定を受けており、自宅で生活をしている方
(障害者福祉タクシーの対象になる方は除く)

交付枚数 (助成金額)

ひと月につき3乗車分 (1乗車あたり500円分の助成利用券×3枚)

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
36枚	33枚	30枚	27枚	24枚	21枚	18枚	15枚	12枚	9枚	6枚	3枚

※年度末までの分をまとめてお渡しします。月ごとの利用枚数に上限は無いです。

申請方法

- ①申請書と介護保険被保険者証の写しを市役所高齢福祉課宛に郵送
- ②市役所高齢福祉課高齢福祉係 (44番) の窓口で申請

※窓口での申請は、ケアマネジャー等による代理申請でも大丈夫です。

注意点

- ①この券は、車いす等に乗ったまま利用するタクシー (介護タクシー) には使用できません。介護タクシーに対する券は別にありますが、そちらを申請するところからは交付できません。
- ②使い切った場合や紛失した場合に、追加での交付や再交付はできません。
- ③利用できるタクシー会社は限られています。詳細は次ページのとおりです。

(問い合わせ先 安城市高齢福祉課高齢福祉係 TEL:0566-71-2223)

【一般タクシー利用助成券 対象タクシー会社】

会 社 名	電 話 番 号	所 在 地
愛知福祉交通	(0566) 71-2766	安城市朝日町
安城交通(株)	(0566) 74-2214	安城市御幸本町
大興タクシー(株)	(0566) 74-2185	安城市二本木町
愛知みどり交通(株)	(0566) 41-2424	碧南市久沓町
さわやかサービス	(0564) 58-2424	岡崎市羽根町
豊栄交通(株)	(0565) 28-0228	豊田市深田町
名鉄知多タクシー(株)	(0569) 37-1112	碧南市塩浜町
名鉄東部交通(株)	(0566) 81-1276	知立市上重原町

令和4年3月1日現在

高齢者給食サービス利用申請書

(新規・回数変更・曜日変更・希望食変更・業者変更)

※新規・回数変更の場合は、アセスメント(裏面)が必要です。

※曜日変更の場合は、申請者印は省略できます。

※週6・7回利用(土日)の場合は理由書の添付が必要です。

安城市長

高齢者給食サービスにつき次のとおり申請します。

		申請日	年 月 日		
申請者 (利用者)	住所	安城市 町 電話 () -			
	ふりがな				
	氏名	(※) ※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。			
	生年月日	年 月 日生 (歳)	性別	男・女・回答しない	
対象要件	調理が困難な理由				
	利用区分 (該当欄に☑) <input type="checkbox"/> 65歳以上のひとり暮らしの者 <input type="checkbox"/> 70歳以上の者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 65歳以上のみの世帯で障害者又は要介護認定者(要介護)のいる世帯 <input type="checkbox"/> 日中、65歳以上の独居となる世帯又は70歳以上の者のみとなる世帯 <input type="checkbox"/> その他 ()				
緊急連絡先① (本人不在時連絡先)	氏名	続柄	電話 携帯		
	住所				
緊急連絡先②	氏名	続柄	電話 携帯		
	住所				
給食業者					
希望開始日	年 月 日 () から ※申請日から7日目以降(厳守)				
希望曜日	月・火・水・木・金			土・日	
土・日利用の理由 ※詳細は別紙理由書	※土・日利用は週6・7回利用者のみ可				
回数・曜日の変更内容	週 回から 回へ 現在利用日→ 月・火・水・木・金・土・日				
希望食	普通食 ・ 特別食 (糖尿病食 ・ 腎臓病食)				

申請代行者	事業所名	担当者 (緊急連絡先③)
		電話
特記事項	連絡すべき事項等	

高齢者給食サービス利用に関するアセスメント票（新規・回数変更）

調査年月日	年	月	日
-------	---	---	---

聞き取り：□利用者本人 □家族（ ） □その他（ ）

①家族状況 (介護認定申請中は要介護認定者には該当しない。)	1 65歳以上のひとり暮らしの者				
	2 70歳以上の者のみの世帯				
	3 65歳以上のひとり暮らしで要介護認定者（要介護）か障害者（手帳有）の者				
	4 65歳以上の者のみの世帯で、本人・同居者のいずれかが要介護認定者（要介護）か障害者（手帳有）				
	5 65歳以上の者のみの世帯で、本人・同居者ともに要介護認定者（要介護）か障害者（手帳有）				
	※3～5に該当する場合は下表にも記載してください。				
		本人	介護認定	なし・事業対象者・要支援・要介護	障害者手帳
	同居人（名： ）	介護認定	なし・事業対象者・要支援・要介護	障害者手帳	無・有
	同居人（名： ）	介護認定	なし・事業対象者・要支援・要介護	障害者手帳	無・有
	6 日中、65歳以上の独居となる世帯又は70歳以上の者のみとなる世帯				
	7 その他（ ）				
②健康状況	四肢機能	1 問題なし 2 問題あり（理由 ）			
	視力・聴力	1 問題なし 2 問題あり（理由 ）			
	精神・知的	1 問題なし 2 問題あり（理由 ）			
	認知機能	1 問題なし 2 問題あり（理由 ）			
③食関連状況	買物・食材確保	1 できる 2 できない（理由 ）			
	火の始末	1 できる 2 できない（理由 ）			
	調理	1 できる 2 できない（理由 ）			
安否確認を伴うサービスの利用	※利用があれば○で囲む。				
	福祉電話（毎週 曜日）※	友愛訪問	緊急通報装置		
食事提供に関するサービスの利用	※利用日を○で囲む。（ここに○がある曜日は給食利用できません。）				
	ヘルパー（昼の食事準備）	月・火・水・木・金・土・日・なし			
	デイサービス（昼の食事提供あり）	月・火・水・木・金・土・日・なし			
	昼食の家族支援あり	月・火・水・木・金・土・日・なし			
(特別食の場合)特別食を摂る理由	1 疾患による（疾患名 ） 2 その他（ ）				
特記事項					

※福祉電話をご利用の方は、週3回以上給食サービスを利用することはできません。

《給食回数基準》

上限回数	3回まで	4回まで	5回まで
①家族状況	2又は6～7に○	1又は4に○	3又は5に○
②健康状況（「2問題あり」に○が付いた数）	○が1つ以上	○が1つ以上	○が1つ以上
③食関連状況（「2できない」に○が付いた数）		○が1つ以上	○が2つ以上

上限回数7回まで（土・日利用）※	以下全てに該当する者
①家族状況、②健康状況、③食関連状況	上限回数5回に同じ
親族による支援（調理やできあいの購入）	できない
ホームヘルパーやデイサービスによる食事支援	利用できない
実費による配食サービス	利用できない

※土・日利用について

給食サービスの目的は、調理が困難な在宅の高齢者等の食生活の改善及び安否の確認です。緊急時、担当事業所へも安否確認の要請をいたします。了承の上申請して下さい。申請時には「給食サービスの土曜・日曜利用を必要とする理由書」を併せてご提出ください。年2回（6月・12月）二次アセスメントの提出が必要となります。

(市記入欄)	申請受付者	申請確認者	判定	適・否（週 回）
--------	-------	-------	----	----------

様式第3(第8条関係)

高齢者給食サービス利用廃止届

安城市長

○太枠の中のみ記入し、該当する□にチェックしてください

		申請日	年	月	日
利用者	住所 安城市 (アパート名等) 電話				
	ふりがな 氏名		年	月	日生 (満 歳)
廃止の 年月日	年 月 日				
給食業者名					
廃止の理由					

※ 該当の□にチェックしてください。

提出者	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所名 電話	担当者名
	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター 電話	担当者名
	<input type="checkbox"/> 給食事業者名 電話	担当者名
	<input type="checkbox"/> 本人又は親族 利用者との関係 電話	氏名

様式第1（第5条関係）

安城市見つかるとつながるネットワーク事業登録届（新規・変更）

安城市長

私及び対象者は、安城市見つかるとつながるネットワーク事業実施要綱に基づき、次の事項について同意し、登録を申し出ます。

- 1 安城警察署と業務委託先（担当地域の地域包括支援センター）に登録情報を提供すること。
- 2 徘徊等で捜索が必要になった場合には、安城警察署に行方不明者届を行うこと。また、登録届において希望した情報提供先に市長から情報提供を行うこと。
- 3 対象者が保護された場合は速やかに引き取り、その安全を確認すること。
- 4 市長が対象者の住民情報及び介護保険に関する情報を閲覧すること。

種別	新規・変更	登録番号		届出日	年	月	日	
届出者	ふりがな 氏名	(登録対象者との続柄)						
	住所	*親族以外の場合は、裏面の同意欄の記入が必要						
対象者	ふりがな 氏名		旧姓		年	月	日	
	住所	(電話)						
	身体的特徴	【身長】	c m	【体重】	k g			
		【体型】	やせ型・普通・小太り・肥満	【姿勢】	普通・猫背・円背			
		【眼鏡】	あり・なし	【頭髪】				
		【その他の特徴】						
	コミュニケーション	【氏名】	言える・言えない	【住所】	言える・言えない			
		【会話】	問題なし・困難	【認知症】	あり・なし			
	徘徊歴	なし・あり	(回位、 頃)	主な発見場所	()			
担当地域包括支援センター	要介護度認定	(要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5)	・なし					
居宅介護支援事業所等	事業所名	担当者氏名	電話					
かかりつけ医	医療機関名	医師名	電話					

連絡先1	ふりがな 氏名	(登録対象者との続柄)
	住所	(電話)
連絡先2	ふりがな 氏名	(登録対象者との続柄)
	住所	(電話)
情報提供先 *希望する項目に○を付けてください。		①公共施設、消防署、社会福祉協議会、地域包括支援センター
		②上記①+市内医療福祉関連、町内会、安全・安心メール配信 関連ウェブサイト掲載、ケーブルテレビやFMでの放送等
		③上記①②+近隣市役所への協力依頼
		④制限なし（他県、民間等協力機関への周知）
*添付書類として、対象者本人の写真（最近のもの）を提出してください。写真は返却しません。		

個人賠償責任保険 同意欄

※個人賠償責任保険に係る事業の対象者

ネットワーク登録者のうち市内に居住し、住民基本台帳法（昭和42年法律第81号）に基づき本市の住民基本台帳に記録されている者で、在宅において生活する認知症による徘徊のおそれのある高齢者等

希 望 し ま す	希 望 し ま せ ん
<p>私は、市長が契約する個人賠償責任保険への加入に当たり必要な対象者の個人情報及び保険金の請求に係る事故の状況等に関する情報について、当該保険会社と市長が共有することについて同意します。</p> <p>また、私は、①現時点で同様の保険に加入していないこと及び②保険契約に該当する事故が発生した場合は速やかに市長に事故報告書を提出することを誓約します。</p> <p>※対象者が自署できない場合は、親族又は成年後見人等が氏名を代筆し、代筆者の氏名を記入してください。</p> <p>氏名（自署）</p> <p>代筆者</p> <p>(個人賠償責任保険登録対象者との続柄)</p>	

親族等同意欄

※届出者が親族又は成年後見人等以外の場合は、これらの方のいずれかから同意を得てください。

私は、届出者が本事業を利用すること及び届出人と同様の義務を負うことにつき同意します。				
氏名（自署）	(登録対象者との続柄)			
住所	電話番号			
市記入欄	1 市内在住宅	2 介護認定	3 自立度	4 チェックリスト
(保険)	適(2) 否(終)	済(3) 未(4)	適(終) 否(4)	済 未

介護保険要介護認定・要支援認定申請取下書

安城市長

注意 1 該当する項目にはレ点を付けてください。
2 資格者証を添付してください。

		届出年月日	年	月	日
被 保 険 者	被保険者番号				
	フリガナ				
	氏名	(※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。 死亡の場合は、記名のみ		生年月日	年 月 日 () 歳
	住所	〒		電話番号 () -	

届 出 者	氏名	(※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。	被保険者 との続柄	
	住所	〒		電話番号 () -
代 行 事 業 所	名称	(※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。		
	所在地			電話番号 () -

申請区分	新規・介護・更新・変更	申請年月日	年	月	日
------	-------------	-------	---	---	---

取 下 げ す る 理 由	<input type="checkbox"/>	被保険者死亡のため（介護保険サービスは利用していない）
	<input type="checkbox"/>	入院しており、退院日が未定のため
	<input type="checkbox"/>	介護保険サービス利用の必要が無くなったため
	<input type="checkbox"/>	訪問調査を受けることが困難であるため
	<input type="checkbox"/>	医療機関での受診が困難であるため
	<input type="checkbox"/>	状態が変化したため
	<input type="checkbox"/>	その他（

※ 処理欄

受付者	システム入力	資格者証の回収	被保険者証の回収	確認者	備 考
					<input type="checkbox"/> 同日付け変更申請
被保険者証の交付		不 要・必 要		交付(発送)日	年 月 日 担当
認 定 調 査		実施済・未実施		処 理 日	年 月 日 担当
主 治 医 意 見 書		実施済・未実施		キャンセル日	年 月 日 担当

介護保険住宅改修・人にやさしい住宅リフォーム助成金申請取下書

安城市長

		申請年月日	年 月 日
窓口に来た人の氏名		被保険者との続柄	
住所	〒 電話番号() -		

年 月 日付けで申請した

 介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修事前(変更)承認申請書 人にやさしい住宅リフォーム助成金交付(変更)申請書

について、下記の理由により申請を取下げします。

被保険者番号			
フリガナ			
(申請者)被保険者氏名	生年月日	年 月 日	
住所	〒		
取下げ理由	1. 死亡のため 2. 入院(入所)のため 3. その他()		

※住宅改修費承認(不承認)通知書または人にやさしい住宅リフォーム助成金交付決定通知書が届いている場合は取下書に添付してください。

※一度取下げをした後に、再度申請する場合は新規で書類を出し直していただきます。

※人にやさしい住宅リフォーム助成金は、当該年度末(3月31日)までに工事が完了する必要があります。

保険者記入欄

受付者	承認通知添付	ケアマネ等への連絡	システム処理
	有 無		

介護保険通知書等送付先変更申請書

安城市長

※太枠内をご記入ください。

		申請年月日	年	月	日
申請者	フリガナ		被保険者との続柄		
	氏 名				
	住 所	〒	電話番号		

被保険者	フリガナ		被保険者番号	
	氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	〒	電話番号	

申請理由	<input type="checkbox"/> 被保険者死亡のため <input type="checkbox"/> 被保険者施設入所のため <input type="checkbox"/> 認知症のため（ <input type="checkbox"/> 被保険者本人のあて名を記載しない） <input type="checkbox"/> 送付先変更を解除し、現住所に戻す <input type="checkbox"/> その他（ ）			
送付先	□申請者と同じ ※異なる場合は以下にご記入ください。			
	フリガナ		被保険者との続柄	
	受取人氏名			
	住 所	〒	電話番号	

※市処理欄

受付可否の確認 (いずれか1点)	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 被保険者本人の身分証明書 <input type="checkbox"/> 法定代理人(登記事項証明書等) <input type="checkbox"/> 任意代理人(委任状) <input type="checkbox"/> 担当包括・居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> その他()		
身元の確認 (写真のないものは 2点以上で確認)	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 居宅介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> その他()		
窓口確認者		入力日	

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

次のとおり申請します。

〈注意〉 1 必要項目全てを記入してください。
2 申請時は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 険 者	介護保険 被保険者番号		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
	フリガナ	生年月日		年 月 日 () 歳
	氏名	性別		男 ・ 女
	住所	〒 -		電話番号 () -
現 在 の 施 設 等 へ の 入 所 ・ 入 院 状 況 (短期入所を除く) 〔無・有〕 「有」の場合は、右 欄に詳細を記入して ください。	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	〒 -	電話番号 () -	
	入院(所)日	年 月 日	〔 病棟 階 号室〕	
	手術	有(月 日) ・ 無	退院予定日	月 日 ・ 未 定

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"/> 住宅改修、福祉用具貸与等を希望	
	<input type="checkbox"/> 状態が変化 <input type="checkbox"/> 更新のため <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	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ 〒 -	電話番号	() -
提 出 代 行 者	名称等	<input type="checkbox"/> 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	〒 -	電話番号	() -

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。 → 必ず主治医の了承を得てください。 <input type="checkbox"/> 了承していない。	
	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)のみ記入してください。

特 定 疾 病 名	
-----------	--

▼ 以下は更新申請の場合で、希望の場合は記入してください。

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。	<input type="checkbox"/> 同意する	<input type="checkbox"/> 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・要支援認定に係る調査内容、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、居宅サービス事業者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。

<input type="checkbox"/> 被保険者証回収 <input type="checkbox"/> 資格者証発行 <input type="checkbox"/> 健康保険証(写)添付(2号被保険者)	保険者確認	調査日時	年 月 日()	調 査 員
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	調査依頼			
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()			
連絡事項	調査日時 AM・PM : : 調査員			
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			

※点線以下、事務処理欄

調査等に係る確認事項

認定調査等を円滑に行うため、以下の1～8についてご記入をお願いします。

1. 認定調査先は、どこですか。（1週間以上継続して過ごしている場所をチェック等してください。）

<input type="checkbox"/> 現在入院・入所施設 <input type="checkbox"/> 被保険者住所	左記以外	<input type="checkbox"/> 入院・入所予定施設（ 月 日入院・入所予定） <input type="checkbox"/> その他（ ）
		住所： []
		(施設名：)
		電話： (- -)

2. 認定調査の日程調整は、どなたとすればよろしいですか。（以下にチェック等をしてください。）

<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 申請者	<input type="checkbox"/> 申請者以外の家族 <input type="checkbox"/> 家族以外の者（入所施設職員等）
▼「申請者以外の家族」、「家族以外の者」にチェックをした場合は以下に詳細を記入してください。	
フリガナ： [] 氏名・事業者名： [] 連絡先： (- -)	被保険者との状況： [同居・別居] 被保険者に対する 続柄又は関係： []

3. 調査の当日に、どなたか立ち会いを希望される方がいますか。（以下にチェック等をしてください。）

<input type="checkbox"/> 日程調整者 <input type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/> 左記以外の家族 <input type="checkbox"/> 家族以外の者（入所施設職員等）	<input type="checkbox"/> なし
▼「左記以外の家族」、「家族以外の者」にチェックをした場合は以下に詳細を記入してください。	
フリガナ： [] 氏名・事業者名： [] 連絡先： (- -)	被保険者との状況： [同居・別居] 被保険者に対する 続柄又は関係： []

4. 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記入欄
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。

5. 調査員用の駐車スペースはありますか。

<input type="checkbox"/> はい	「はい」にチェックをした場合は、右欄に具体的な場所をご記入ください。
<input type="checkbox"/> いいえ	

6. 現在のご様子や病気について簡単にご記入ください。

(例：〇〇の病気があり、ほぼ寝たきり状態。意思疎通はできるが歩行などは困難でトイレやお風呂は全て介助している。)

7. 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。

(例：耳が遠いので大きな声で聞き取りをしてほしい。)

8. 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

◎特定疾病一覧

- | | | | |
|-------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| 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(※) | | |

■表面もご記入ください。

※医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る。