

介護保険 要介護認定・要支援認定申請書

安城市長

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。

介護保険被保険者番号		0000000000										申請年月日	令和00年 00月 00日			
被保険者	医療保険	保険者名		愛知県							保険者番号		99999999			
		被保険者等	記号	99			番号	9999			枝番	9				
		フリガナ	アンジョウ タロウ										生年月日	昭和00年 00月 00日 (00) 歳		
		氏名	安城太郎										性別	男 ・ 女		
住	所	〒446-8501											電話番号	(0566) 76 - 1111		
		愛知県安城市桜町18番23号														
者	現在の施設等への入所・入院状況 (短期入所を除く) 〔 有 〕	施設名	安城市役所病院							☐ 特別養護老人ホーム ☐ 老人保健施設 ☐ 介護医療院 ☐ 介護療養型医療施設 ☒ 医療機関 ☐ 特定施設等						
		所在地	〒446-8501							電話番号	(0566) 00 - 0000					
		愛知県安城市桜町00番00号														
		入院(所)日	令和00年 00月 00日							〔 北 病棟 3 階 301 号室〕						
	手術	有 00月00日) ・ 無											退院予定日	00月 00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 (1)	有効期間	平成00年00月00日～令和00年00月00日	
申請理由	☐ ヘルパー、通所介護等のサービスを希望 ☐ 住宅改修、福祉用具貸与等を希望				
	☒ 状態が変化 ☐ 更新のため ☐ その他 ()				
認定後のサービス利用	☒ 利用中 ☐ 至急利用したい ☐ 利用を考えている ☐ 当面利用は考えていない				

申請者	氏名	安城次郎		被保険者との続柄	次男	
	住所	□被保険者と同じ 〒446-8501		電話番号	(0566) 71 - 2257	
提出代行者	名称等	☐ 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 ☐ 地域包括支援センター 担当者名 []				
	所在地	〒 -		電話番号	() -	

主治医	医療機関名	安城市役所病院		医師氏名	安城三郎	
	所在地	〒446-8501		電話番号	(0566) 00 - 0000	
	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。 ☒ 了承している。 → 必ず主治医の了承を得てください。 ☐ 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。◎裏面参照

特定疾病名	(40歳から64歳までの医療保険加入者のみ記入) 脳血管疾患
-------	--------------------------------

▼ 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。	☐ 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	安城太郎

■裏面もご記入ください。

受付可否の確認 (いずれか1点)	☐ 介護保険被保険者証 ☐ 被保険者本人の身分証 ☐ 法廷代理人(登記事項証明書等) ☐ 任意代理人(委任状) ☐ 包括・居宅介護支援事業所 ☐ その他 ()	受付者	意見書手数料	調査日時	年 月 日 ()	
	身元の確認 (顔写真のないものは2点以上で確認)	☐ 介護保険被保険者証 ☐ 個人番号カード ☐ 運転免許証 ☐ パスポート ☐ 居宅介護支援専門員証 ☐ 身分証明書(地域包括支援センター) ☐ その他 ()	調査依頼		施設依頼	AM・PM
□被保険者証回収 □資格者証発行 □医療保険の資格情報確認(2号被保険者)			調査予定	システム入力	調査員	
					連絡事項	
		□同意なし □2号 □末期 □窓口受取				

※点線以下、事務処理欄

表面の記入要領(以下の①～⑨を参考にご記入ください)

- ① 希望の申請区分について、チェックしてください。
- 初めて申請する方、前回非該当の方又は介護認定の有効期限を過ぎて申請される方 ➡ 「新規」にチェック
 - 要支援1又は2の方で状態変化に伴って要介護1以上を希望の方 ➡ 「要支援者の要介護新規申請」にチェック
 - 有効期限期日が近づき更新申請をする方 ➡ 「更新」にチェック
 - 要介護1～5の方で状態変化に伴って介護度の変更を希望する方 ➡ 「区分変更」にチェック
 - 要支援1又は2の方で状態変化に伴って要支援区分内で変更を希望する方 ➡ 「区分変更」にチェック
 - 他市区町村等から安城市に転入されてこられた際の申請の方 ➡ 「転入」にチェック

- ② 申請年月日と被保険者本人(介護認定を受けたい人)の情報を記入してください。
- 申請年月日 ➡ 申請書を提出する年月日を記入
 - 介護保険被保険者番号 ➡ 介護保険被保険者証に記載の10桁の番号を記入
 - 個人番号 ➡ マイナンバーカードに記載の個人番号を記入(申請時に個人番号がわかる書類の提示が必要)
 - 医療保険 ➡ 医療保険情報を記入(後期高齢者医療保険のみ記号と枝番は記入不要)
 - 被保険者本人(介護認定を受けたい人)の氏名、生年月日、性別、住民票上の住所、電話番号を全て記入

- ③ 被保険者本人の入院(入所)状況等について、記入してください。
- 現在の施設等への入所・入院状況 ➡ 入院、入所中の場合は「有」、在宅の場合は「無」に○を記入
 - 「有」に○を記入した場合のみ、以下のア～カを記入
 - ア 施設名 ➡ 入院・入所中の施設名を正式名称で記入
 - イ 入院・入所施設の区分 ➡ 記入した施設に該当する区分にチェック(不明の場合はチェック不要)
 - ウ 所在地 ➡ 住所、電話番号等を記入
 - エ 入院(所)日 ➡ 入院(所)日と入院(所)中の病棟、階、部屋番号を記入
 - オ 手術 ➡ 施設に入院(所)時に手術があった又は予定されている場合は「有」に○を記入し、日付を記入。無い場合は「無」に○を記入
 - カ 退院予定日 ➡ 退院予定日が決まっていれば月日を記入。決まっていない場合は「未定」に○を記入
- ※ショートステイ先、入院・入所予定施設は裏面に記入

- ④ 初めて申請する方以外は前回(現在)の要介護認定の結果等を記入してください。
- 状態区分 ➡ 対応する状態区分の横の()内に数値を記入(※)
 - 有効期間 ➡ 前回認定時の有効期間を記入(※)
※不明の場合は記入不要。

- ⑤ 今回の申請理由と介護サービスの利用予定について、該当項目をチェックしてください。
- 申請理由 ➡ 該当項目をチェック(複数選択可)
 - 認定後のサービス利用 ➡ 該当項目をチェック

- ⑥ 申請者の情報を記入してください。
- 申請者が本人又はご家族等の場合は、「申請者」欄に氏名等を記入してください。
- 氏名 ➡ 申請者氏名を記入(申請者が被保険者本人の場合は「本人」と記入)
 - 被保険者との続柄 ➡ 被保険者に対する続柄を記入(申請者が被保険者本人の場合は記入不要)
 - 住所 ➡ 住民票上の住所と連絡先電話番号を記入(被保険者と同じ場合は「被保険者と同じ」にチェック)

- 介護保険法に基づく代行申請を行う場合は、「提出代行者」欄に名称等を記入してください。
- 名称等 ➡ 区分にチェックの上、事業者名等を記入
 - 担当者名 ➡ 担当者名を記入(窓口等への提出者と担当者が違う場合は提出者名も記入)
 - 所在地 ➡ 住所と電話番号を記入

- ⑦ 主治医意見書を作成していただく主治医氏名等を記入してください。
- 介護認定には、主治医意見書という書類が必要となります。そのため、この意見書の作成を依頼したい主治医について、以下の(1)～(6)のご記入をお願いします。
- 医療機関名 ➡ 主治医が所属する病院、クリニック名等を記入
 - 医師氏名 ➡ 医師氏名を記入(必ずフルネームで記入)
 - 所在地 ➡ 医療機関の住所、電話番号を記入
 - 最終受診日 ➡ 最後に受診された日を記入(入院中の場合は記入不要)
 - 次回受診予定日 ➡ 次回の受診予定日を記入(入院中の場合は記入不要)
 - 主治医の了承 ➡ 事前に主治医に介護認定の申請について相談し、主治医意見書作成の了承を得た上で「了承している」にチェック
- ※主治医が主治医意見書の作成を了承していることが申請受付の必要条件です。

- ⑧ 第2号被保険者(40歳～64歳までの方)は、特定疾病名を記入してください。
- 申請書裏面の「特定疾病一覧」を参考に特定疾病名を記入

- ⑨ 情報の閲覧等に同意いただける場合は、被保険者本人の署名をお願いします。
- 枠内の説明をお読みいただき、同意をいただける場合に「本人(被保険者)氏名」横に被保険者本人が署名(※)

※被保険者本人の状態により本人署名が困難な場合は、被保険者本人に同意の確認の上で、被保険者本人の介護保険被保険者証を管理している者が代理で記入も可

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週間以上継続して寝泊まりしている場所をチェック等してください。）

☐ 現在入院・入所施設 ☐ 被保険者住所	左記以外	☐ 入院・入所予定施設（ 月 日～） ☒ その他（ 姉宅 ）（ 月 日～）
		住所： 安城市桜町18番23号 北庁舎1階47号室 （施設名： ） 電話：（ 0000 - 00 - 0000 ）

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。）

☐ 被保険者 ☐ 申請者	☒ 申請者以外の家族 ☐ 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： アンジョウ ハナコ 氏名・事業者名： 安城 花子 連絡先：（ 0000 - 00 - 0000 ）	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： 姉

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。）

☒ 日程調整者 ☐ 申請者 ☐ 左記以外の家族 ☐ 家族以外の者（入所施設職員等）	☐ 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： 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、ディサービス、リハビリ等）

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	ショートステイの施設名・期間等記入欄
AM 9:00～	×				×	〇月〇日～〇月〇日まで〇〇施設でショートステイ
AM10:30～	×		×			
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。

☒ はい	「はい」具体的な場所 「いいえ」近隣で駐車できる場所 をご記入ください。	自宅敷地内、〇〇公民館など
☐ いいえ		

6. 現在の身体状況・生活の困りごと等についてご記入をお願いします。

現在の状況	歩行（自立・ 一部介助 ・全介助）	生活の困りごと等	本人の状態や生活の困りごと等を枠内に記入
	食事（ 自立 ・一部介助・全介助）		
	排泄（自立・ 一部介助 ・全介助）		
	意思伝達（可・ 一部可 ・不可）		
	主な疾患（ 〇〇〇〇〇 ）		

7. 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	※「はい」の場合は、「介護保険通知書等送付先変更申請書」の提出が必要です。
---	---------------------------------------

8. 介護保険被保険者証の窓口受取の希望はありますか。

☐ はい ☐ いいえ	「はい」にチェックをした場合は、右欄をご記入ください。	事業所名	担当者

◎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(※)

裏面の記入要領（以下の①～⑩を参考にご記入ください）

①認定調査を行う場所について、該当項目にチェック等してください。
介護認定を行うために、認定調査員による認定調査が必要となります。そのため、認定調査を行う場所（調査日時点で原則1週間以上継続して寝泊まりしていると予想される場所・月の半分以上利用しているショートステイ先、自宅とショートステイを交互に利用している場合は、最も長く寝泊まりしている場所）についてチェック等をお願いします。

- ・入院中の病院又は入所中の施設の場合 ➡ 「現在入院・入所施設」にチェック
・被保険者本人の住民票上の住所地の場合 ➡ 「被保険者住所」にチェック
・入院又は入所予定の病院、施設等の場合 ➡ 「入院・入所予定施設」にチェックし、入院・入所日を記入の上、入院・入所予定施設の住所、施設名、電話番号を記入
・上記以外（例：姉宅、ショートステイ先など）の場合 ➡ 「その他」にチェックし、横の（ ）内に場所の詳細を記入の上、当該場所の住所、電話番号を記入

②認定調査日の日程調整を行う方について、該当項目にチェックしてください。

- ・被保険者本人と行う場合 ➡ 「被保険者」にチェック
- ・申請者と行う場合 ➡ 「申請者」にチェック
- ・申請者以外の家族と行う場合 ➡ 「申請者以外の家族」にチェック
- ・上記以外の方と行う場合 ➡ 「家族以外の者」にチェック

③「②」で「申請者以外の家族」又は「家族以外の者」にチェックした場合は、以下の（１）～（４）を記入してください。

- (1) 氏名・事業者名 ➡ 氏名又は事業者名とフリガナを記入
(2) 被保険者との状況 ➡ 実際に同居している場合は「同居」、同居していない場合は「別居」に○を記入
(3) 被保険者に対する続柄又は関係 ➡ 被保険者本人に対する続柄等を記入
(4) 連絡先 ➡ 連絡してもよい電話番号を記入

④認定調査時の立ち会いの希望について、該当項目にチェックしてください。

- ・ 立ち会いを誰もしない場合 ➡ 「なし」にチェック
- ・ 日程調整をしたものが立ち会いもある場合 ➡ 「日程調整者」にチェック
- ・ 申請者が立ち会いをする場合 ➡ 「申請者」にチェック
- ・ 上記以外の被保険者の家族が立ち会いをする場合 ➡ 「左記以外の家族」にチェック
- ・ 上記以外の者が立ち会いをする場合 ➡ 「家族以外の者」にチェック

⑤「④」で「左記以外の家族」又は「家族以外の者」にチェックした場合は、以下の（１）～（４）を記入してください。

- (1) 氏名・事業者名 ➡ 氏名又は事業者名とフリガナを記入
- (2) 被保険者との状況 ➡ 実際に同居している場合は「同居」、同居していない場合は「別居」に○を記入
- (3) 被保険者に対する続柄又は関係 ➡ 被保険者本人に対する続柄等を記入
- (4) 連絡先 ➡ 連絡してもよい電話番号を記入

※複数人で立ち会いを希望の場合は、空いている欄に追加で立ち会いたい方の氏名等を記入してください。

⑥認定調査を行う希望日程やショートステイの状況等について、記入をしてください。

認定調査は土日祝日年末年始を除く、平日の午前9時、10時30分、午後1時30分開始の時間帯で行います。つきましては、以下について調査時間帯等の希望等がある場合、記入してください。

- ・都合の悪い曜日や時間帯がある場合 ➡ 表の中の該当箇所に「×」を記入
- ・ショートステイ等の予定がある場合 ➡ 「ショートステイの施設名・期間等記入欄」に詳細を記入

⑦調査員は車で認定調査場所に伺うため、調査場所の駐車場スペースの有無について記入してください。

- ・駐車スペースがある場合 ➡ 「はい」にチェックし、右欄に駐車スペースの詳細を記入
- ・駐車スペースがない場合 ➡ 「いいえ」にチェックし、右欄に近隣で駐車できる場所の詳細を記入

⑧現在の身体状況・生活の困りごと等について分かる範囲内で記入してください。

- ・ 歩行、食事、排泄、意思伝達の状況に○を記入。主な疾患がありましたら枠内に記入
- ・ 本人の状態や生活の困りごと等について枠内に記入

⑨介護保険関係書類送付先の変更の希望について、記入してください。

- ※「はい」にチェックされた場合は、別途「介護保険通知書等送付先変更申請書」の提出が必要となります。
詳しくは安城市高齢福祉課介護審査係までお問合せください。

⑩介護保険被保険者証の窓口受取の希望について、記入してください。

- ・介護保険被保険者証の窓口受取を希望する場合 ➡ 「はい」にチェックし、右欄に事業所名・担当者を記入
・介護保険被保険者証の窓口受取を希望しない場合 ➡ 「いいえ」にチェック
※後日、窓口受取を希望される場合は、「介護保険被保険者証窓口受取希望届」の提出が必要となります。