様式第７（第１１条関係）

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。

☐ 新規　☐ 要支援者の要介護新規申請　☐ 更新　☐ 区分変更　☐ 転入

〈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		
	医療保険 被保険者等	記号	番号	枝番	
	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	☐特別養護老人ホーム ☐老人保健施設 ☐介護医療院 ☐医療機関 ☐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	☐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（　　）			

申請者	氏名		被保険者との続柄	
	住所	☐被保険者と同じ　〒　－	電話番号	（　　）　－
提出代行者	名称	☐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 ☐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		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。 ☐ 了承している。 ☐ 了承していない。　→ 必ず主治医の了承を得てください。	
	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	

▼ 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、安城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、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、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。

本人（被保険者）氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

■裏面もご記入ください。

※点線以下、事務処理欄

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 ☐法定代理人（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　：
		調査予定	システム入力	調査員
				連絡事項

☐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）

☐同意なし ☐２号 ☐末期 ☐窓口受取

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（　　）（　　月　　日～） 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。）

□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：［　　］　被保険者との状況：［同居・別居］
氏名・事業者名：［　　］　被保険者に対する続柄又は関係：［　　］
連絡先：（　　－　　－　　）

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：［　　］　被保険者との状況：［同居・別居］
氏名・事業者名：［　　］　被保険者に対する続柄又は関係：［　　］
連絡先：（　　－　　－　　）

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
AM９:00～						
AM10:30～						
PM１:30～						

■ 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。
ショートスティをご利用の場合は、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 ──▶
□ いいえ ──▶

「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。	

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		生活の困りごと等
	歩　行　（自立・一部介助・全介助）	
	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（　　）	

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(※)

■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。