

申請区分にチェック

介護保険 要介護・要支援 認定申請書

記入例

新規 更新 変更 転入継続

| | | | | | | |
|--|--|---|--------|--------------|-------------------------|----|
| (宛先) 小牧市 | 令和〇〇年〇〇月〇〇日 | | | | | |
| 次のとおり | 医療保険の内容を記入してください。 加入中の医療保険に「記号」「枝番」等がない場合は、その項目は記入不要です。 ※不明な方は空欄のままご提出ください(40~64歳の方は必須項目となり、裏面にも記載欄があります) | | | | | |
| 医療保険 | 記号 | 〇〇〇〇 | 番号 | 〇〇〇〇 | 枝番 | 〇〇 |
| 被 保 険 者 | フリガナ | コ マ キ タ ロ ウ | | 生年月日 | 明・大・ 昭 〇〇年〇〇月〇〇日 | |
| | 氏名 | 小 牧 太 郎 | | | | |
| | 住所 | 〒485-〇〇〇〇 小牧市堀の内三丁目1番地 電話番号 0568-76-〇〇〇〇 | | | | |
| 前回の要介護認定の結果等 | 要介護状態区分(〇) 要支援状態区分(〇) 要介護認定の有効期間() 要支援認定の有効期間() 事業対象者() | | | | | |
| 申請の理由 <small>*新規・区分変更のみ記入</small> | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 前回の認定結果を記入してください。新規申請の場合は記入不要。 </div> (※新規・変更の場合のみ) (例) 骨折をしてから自分で出来ないことが増え、普段の生活において介護が必要になったため。 | | | | | |
| 14日以内の転入者 | 転入前の市町村名 | 転入前に要介護認定申請をしましたか。 | | 「はい」の場合の | | |
| | | はい・いいえ <small>*既に結果通知を受け取っている場合は、「いいえ」を○で囲んでください。</small> | | 申請日 令和 年 月 日 | | |
| 介護保険施設、医療機関等入院・入所の有無 (短期入所を除く) | 有 無 | 入院・入所施設名 | | 所在地 | | |
| | | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 入院・入所中の場合は、有に○をしてご記入ください。 </div> | | | | |
| 申請者氏名 (窓口に来られた方) | 小 牧 花 子 | | 本人との関係 | 妻 | | |
| 申請者住所 | 〒485-〇〇〇〇 小牧市堀の内三丁目1番地 | | | | | |
| 提出代行者名称 (○で囲んでください。) | <small>1. 居宅介護支援事業者 2. 指定介護老人福祉施設 3. 介護老人保健施設 4. 介護医療院 5. 地域包括支援センター</small> (※提出代行者が提出する場合のみ)事業所名(施設名) 担当者名 | | | | | |
| 主治医の氏名 | 小 牧 山 治 郎 | | 医療機関名 | 小牧山クリニック | | |
| 所在地 | 〒485-××〇〇 小牧市堀の内〇丁目×番 | | | | | |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 主治医欄は主治医に記入していただく必要はありません。(申請後、市から主治医に意見書の様式を送付します。) </div> | | | | | | |
| <small>※主治医意見書を作成していただけない場合がありますので、必ず事前に医療機関から主治医意見書の作成について了承を得てください。</small> | | | | | | |

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

| | |
|-------|--|
| 特定疾病名 | |
|-------|--|

申請に当たっては、

- 1 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、小牧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、小牧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。また、医療や介護の円滑なサービス提供のため必要があるときは、医療や介護の関係事業者が参加する小牧市医療・介護ネットワーク(こまきつながるくん連絡帳)において、医療・介護情報を共有することに同意します。
- 2 要介護認定・要支援認定の更新申請の場合で、現在受けている要介護認定・要支援認定の有効期間内に要介護認定・要支援認定を行うことができるときは、当該認定が更新申請の日から30日を超える場合であっても、市が認定の延期に係る通知を省略することに同意します。

本人署名が困難な場合は、ご家族の方が署名してください。その場合、代筆者が本人に確認し

本人氏名 小牧太郎

裏面もご記入ください →

認定調査について

要介護・要支援認定のために、市職員もしくは市が委託した介護認定調査員がご自宅等に訪問して介護を必要とする方の心身の状態などについてお聞きします。調査の参考にさせていただきます。

申請区分にチェック

| | | | |
|-------------------|---|--------------|--|
| 申請区分 | <input checked="" type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 変更 | 申請年月日 | 令和〇〇年〇〇月〇〇日 |
| フリガナ | コマキタロウ | 被保険者番号 | 0010000000 |
| 氏名 | 小牧太郎 | 生年月日 | 明・大 昭〇〇年〇〇月〇〇日 |
| 訪問調査場所 | <input checked="" type="checkbox"/> 本人自宅 <input type="checkbox"/> 入院・入所等施設 <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| | 住所 | 小牧市堀の内三丁目1番地 | |
| | 病院・施設名 | 病棟 | |
| | 病名等 | 入院・入所日 / | 退院予定日 / |
| 相談員等担当者名 | 電話番号 - - | | |
| 駐車場の有無 | <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (場所: 自宅前) | | |
| 立会いの有無 | <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 | 立会い者氏名 | 本人との関係 妻 |
| | 電話番号 0568 - 〇〇 - ×××× | 小牧花子 | <input checked="" type="checkbox"/> 同居・別居(市内・市外) () |
| 申請についての連絡先 | <input checked="" type="checkbox"/> 立会い者と同じ | 氏名 | 本人との関係 |
| | 電話番号 - - | | 同居・別居(市内・市外) () |
| サービスの利用について | 利用中のサービスを○で囲んで、利用している曜日をサービス下空欄に記入してください。 | | |
| | 訪問介護(ヘルパー)・訪問看護・デイサービス・通所リハビリ・短期入所・施設入所 小規模多機能型サービス(通い・泊まり・訪問) 火(午前)・木 | | |
| 福祉用具・住宅改修・その他 () | | | |

調査時に特に気をつけてほしいこと ※必要がある場合は、必ず記入してください。

- ・別室での聞き取りを希望 する しない
- ・筆談・通訳・手話の必要性 あり なし
- ・未告知の病名
- ・その他

(例) 自宅内で犬・猫を飼っている

※申請書には、介護保険被保険者としてご登録ください。
※本人の住所以外に認定調査員が訪問可能な住所を記載してください。

※40歳から64歳までの方は必須項目となります
右の貼付欄に医療保険証等の写しを貼り付けるか、下記にご記入ください。

医療保険証貼付欄

| | | | |
|---------------------------|----------------|----------|--|
| 右の貼付欄に医療保険証の写しを貼り付けてください。 | | 医療保険証貼付欄 | |
| 医療保険被保険者氏名 | 小牧太郎 | | |
| 医療保険資格取得日 | 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 | | |
| 《小牧市記入欄》 | | | |

| | | | |
|------|-------|---------------------------|-------------------|
| 期限切れ | 前回非該当 | 連続 | |
| 備考 | | | |
| 受付 | 入力 | 保険証 紛失届済 調査時 回収済 | 資格者証 郵送 その他 |

| | |
|-----------|----------------------------|
| 予約日時 | / () : |
| 立会い | |
| 調査場所 | |
| 調査連絡先 | |
| 施設・病院にTEL | <input type="checkbox"/> 済 |
| 市・委託 | <input type="checkbox"/> 済 |

| | |
|------|----------------|
| 保険料 | なし・あり(資格係へ) |
| 特記事項 | なし・あり(資・給・認・調) |
| 2号新規 | 同意なし 却下時更新 |
| 在宅新規 | |
| 在宅継続 | |
| 施設新規 | |
| 施設継続 | |