

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) 小牧市役所 次のとおり		医療保険番号をご記入ください。 ※裏面にも記載欄があります		申請年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日	
被保険者		〇〇〇〇		個人番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	
医療保険	保険者名	小牧山組合		保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇	
	記号	〇〇〇〇	番号	〇〇〇〇	枝番	〇〇
被	フリガナ	コ マ キ タ ロ ウ		生年月日	明・大・ <b>昭</b> 〇〇年〇〇月〇〇日	
	氏名	小 牧 太 郎				
保	住 所	〒485-0000 小牧市堀の内三丁目1番地		電話番号	0568-76-0000	
	前回の要介護認定の結果等	要介護状態区分 有効期間				
者	申請の理由 <small>*新規・区分変更のみ記入</small>	（※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 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 <b>無</b>	入院・入所施設名	入院・入所中の場合は、有に〇をしてご記入ください。		
申	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	〒485-0000 小牧市堀の内三丁目1番地		提出代行者が窓口で申請する場合でも、申請者氏名は本人または家族としてください。		
	提出代行者名称 (〇で囲んでください。)	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 （※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		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。)			
※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。						

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・意見及び主治医意見書を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、小規模多機能型居宅介護事業者、介護保険施設等の関係人及び主治医意見書を記載した医師に提示することに同意します。  
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(こまきつなぐるくん連絡帳)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  
記入したものとみなします。

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等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) ( ) 電話の繋がりやすい時間帯 13:00~16:00
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) ( ) 電話の繋がりやすい時間帯
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。			
<ul style="list-style-type: none"> <li>別室での聞き取りを希望 <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない</li> <li>筆談・通訳・手話の必要性 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし</li> <li>未告知の病名 _____</li> <li>その他 _____</li> </ul> <p>(例) 自宅内で犬・猫を飼っている</p>			

※申請書に貼付してください。 ※本人の住所変更の届出が必要になります。 <<医療保険証貼付欄>>

右の貼付欄	<p>※65歳以上の方 右の貼付欄に医療保険証の写しを貼り付けるか下記にご記入ください。</p> <p>小牧太郎</p> <p>令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日</p>	<p>※40歳から64歳までの方 こちらに医療保険証の写しを貼り付けてください。</p>
《小牧市記入欄》		

期限切れ	前回非該当	連続	予約日時 / ( ) :	保険料	なし・あり(資格係へ)	
備考			立会い	特記事項	なし・あり(資・給・認・調)	
			調査場所	2号新規	同意なし	却下時更新
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	調査連絡先		
			施設・病院にTEL <input type="checkbox"/> 済	在宅新規		
			市・委託 <input type="checkbox"/> 済	在宅継続		
				施設新規		
				施設継続		