

# 介護保険 要介護・要支援 認定申請書

新規  更新  変更  転入継続

(宛先) 小牧市長

申請年月日 令和 年 月 日

次のとおり申請します。

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											
	記号						番号							枝番									
フリガナ												生年月日		明・大・昭 年 月 日									
氏名												生年月日		明・大・昭 年 月 日									
住所		〒										電話番号		— —									
前回の要介護 認定の結果等		要介護状態区分 1 2 3 4 5					要支援状態区分 1 2					事業対象者											
		有効期間 年 月 日 から					年 月 日																
申請の理由 *新規・区分変更のみ記入																							
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・いいえ *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。						「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 ・ 無	入院・入所施設名																				
			所在地																				
申請者氏名 (窓口に来られた方)												本人との関係											
申請者住所		〒										電話番号		— —									
提出代行者名称 (○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																					
主治医の氏名												医療機関名											
所在地		〒										電話番号		— —									
※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、

- 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。
- 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 \_\_\_\_\_

代筆者 \_\_\_\_\_ ( 続柄 )

※代筆の場合、代筆者が被保険者(本人)に確認し記入したものとみなします。

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保険事業者の認定調査員がご自宅等を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ので、下記太枠内をご記入ください。

申請区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 変更	申請年月日	年 月 日
フリガナ 氏名		被保険者番号	
		生年月日	明・大・昭 年 月 日
訪問調査場所	<input type="checkbox"/> 本人自宅 <input type="checkbox"/> 入院・入所等施設 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	住所		
	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 type="checkbox"/> 有 (場所: )		
立会いの有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	立会い者氏名	本人との関係
	電話番号	- -	電話の繋がりがやすい時間帯
申請についての 連絡先	<input type="checkbox"/> 立会い者に同じ	氏名	本人との関係
	電話番号	- -	電話の繋がりがやすい時間帯
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) 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 <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない ・筆談・通訳・手話の必要性 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ・未告知の病名 _____ ・その他 _____			

※申請書には、介護保険被保険者証を添えて提出してください。

※本人の住所以外に認定結果を送付する場合には、介護保険発送先変更の届出が必要になります。

《医療保険証貼付欄》

<p style="text-align: center;"><b>※65歳以上の方</b></p> <p>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> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 15%;">医療保険 被保険者氏名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>医療保険 資格取得日</td> <td style="text-align: center;">年 月 日</td> </tr> </table> <p>《小牧市記入欄》</p>	医療保険 被保険者氏名		医療保険 資格取得日	年 月 日	<p style="text-align: center;"><b>※40歳から64歳までの方</b></p> <p>下の貼付欄に医療保険証の写しを貼り付けてください。</p>
医療保険 被保険者氏名					
医療保険 資格取得日	年 月 日				

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
受付			調査連絡先	在宅新規	
			施設・病院にTEL <input type="checkbox"/> 済	在宅継続	
			市・委託 <input type="checkbox"/> 済	施設新規	
			紛失届済	調査時	施設継続
回収済			郵送		
			その他		