

介護保険 要介護認定・要支援認定
要介護更新認定・要支援更新認定 申請書

葦崎市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 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														
	被 保 者 証	記号											番号												枝番		
	フリガナ												生年月日		明・大・昭 年 月 日												
	氏 名												性 別		男 ・ 女												
	住 所		〒										電話番号														
	前回の要介護認定 の結果等		※要介護・要支援 更新認定の場合 のみ記入		要介護状態区分(1 2 3 4 5) ・ 要支援状態区分(1 2)										有効期間		年 月 日から 年 月 日										
			※14日以内に他自 治体から転入した 者のみ記入		転出元自治体(市町村)名[]										現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。(既に認定結果通知を受け 取っている場合は「いいえ」を選択してください) はい ・ いいえ ※「はい」の場合、申請日 令和 年 月 日												
	過去6月間の介護保険 施設、医療機関等へ の入院、入所の有無		介護保険施設等の名称等・所在地										期間		年 月 日 ~ 年 月 日												
			介護保険施設等の名称等・所在地										期間		年 月 日 ~ 年 月 日												
			医療機関等の名称等・所在地										期間		年 月 日 ~ 年 月 日												
			医療機関等の名称等・所在地										期間		年 月 日 ~ 年 月 日												
	有 ・ 無																										

提 出 代 行 者	名 称 申請者名	該当に○(地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保険施設・指定介護療養型医療施設、介護医療院)																		
	住 所	〒																		電話番号

主 治 医	主治医の氏名											医療機関名											
	所 在 地	〒										電話番号											

2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

特 定 疾 病 名																		
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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葦崎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。

本人氏名

申請者名

調査時の立会者と調査の日程を調整する際の連絡先 ※可能な限り、日頃の状態の分かる方の立会いをお願いします。	<input type="checkbox"/> 立会者なし（被保険者本人がお一人で調査を受ける場合）		
	<input type="checkbox"/> 立会者	氏名	
		電話番号	
		本人との関係	(同居・別居)
	住所 (別居の場合)		
連絡先・訪問調査先や日時等の確認 ※調査は原則として平日に行います。	日程調整のための連絡について 原則として平日日中に調査員が連絡しますが、指定する日時等、希望があればご記入ください。 (例: 平日12時～15時の間で連絡希望、火・水の午前中は通院のためつながらない…等) <input type="checkbox"/> いつでも可		
	訪問調査の実施日について 原則として平日日中に調査員が訪問し調査を行います、指定する日時等、希望があればご記入ください。 (例: 月・水・金の午後1時～4時の間で調査希望…等) <input type="checkbox"/> いつでも可		
訪問調査場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 入所・入院先 (施設名: _____ 病棟 _____ 号室 _____) <input type="checkbox"/> その他 (住所: _____) (本人との関係: _____)		
会話の注意事項	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 要筆談 <input type="checkbox"/> 要手話通訳 <input type="checkbox"/> 要通訳(外国語: _____) <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> その他(_____))		
認知症状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ※調査時の立会いや調査後電話での聞き取り等にご協力をお願いする場合がございます。		
特記事項 (配慮が必要なこと(本人には伝えていない病状のこと等)・調査前に伝えておきたいこと等があれば、ご記入ください。)	<input type="checkbox"/> 調査のとき保険証を回収 <input type="checkbox"/> 調査のとき資格者証を手交 <input type="checkbox"/> 室内で(犬・猫)を飼っている		

40～64歳の方(2号被保険者)は、上欄へ医療保険証の写しを貼付してください。

添付書類	65歳上の方	新規・更新・区分変更申請	介護保険被保険者証
	40～64歳の方	新規申請	医療保険被保険者証の写し
		更新・区分変更申請	介護保険被保険者証・医療保険被保険者証の写し
前住所地で要介護認定を受けた方が転入する場合	転入申請	前住所地の介護保険受給資格証明書 医療保険被保険者証の写し(40～64歳の方)	

※ 市記入欄(新規・区変 受付時確認)

1. 申請に至った理由【 新規・区分変更 】	
<input type="checkbox"/> 身体的な状況の悪化	(_____)
<input type="checkbox"/> 認知症状の進行・悪化	(_____)
<input type="checkbox"/> 周囲から申請をすすめられた	(病院・家族・友人・民生委員・ケアマネ・その他: _____)
<input type="checkbox"/> その他	(_____)
2. 特に困っていること (体の動き・認知症状・排泄・入浴・食事・住環境・その他: _____)	
3. 新たに利用(増減)したいサービス <input type="checkbox"/> 未定・未利用 <input type="checkbox"/> 施設等 (特養・老健・医療院・GH・短期入居)	
<input type="checkbox"/> 訪問サービス (訪問介護・入浴・看護・リハ)	<input type="checkbox"/> 通所サービス (通所介護・通所リハ)
<input type="checkbox"/> 福祉用具 (購入・貸与)	<input type="checkbox"/> 住宅改修 (_____)
<input type="checkbox"/> その他	(_____)

個・免・介・障・保・医・後・負・限・年・他 (_____)