

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

(宛先) 愛西市長

次のとおり申請します。

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																
		被保険者証		記号												番号												枝番		
	フリガナ												生年月日		年 月 日															
	氏名												性別																	
	住所 (住民票)		〒										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 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																		
有 ・ 無		医療機関等の名称等・所在地										期間		年 月 日～ 年 月 日																

提 出 代 行 者	名 称	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・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設・介護医療院) (代行事業者番号)																	
	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() -																					

第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、愛西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。

また、更新申請の場合、現在の有効期間内に認定を行うことができるときは、延期に係る通知を省略することに同意します。

本人氏名 (代筆者氏名 本人との関係)

事 務 処 理 欄	意見書依頼	<input type="checkbox"/> 手渡済 <input type="checkbox"/> 医療機関郵送希望(郵送日)										受付年月日						
	保険料未納	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり																
	調査指示	<input type="checkbox"/> 直営 <input type="checkbox"/> 委託(委託日) 委託先()																
	医療保険証	<input type="checkbox"/> 記入済み <input type="checkbox"/> 写し添付[第2号被保険者(40歳から64歳)必須]																

訪問調査にあたって

要介護認定のために、認定調査員がご自宅等を訪問し、心身の状況などをうかがいます。訪問調査の日程調整など円滑に行うために必要となりますのでご記入をお願いします。

被保険者氏名

様

1. 訪問調査当日に、どなたか立会をされる方がいますか。(基本的には立会いをお願いします)

- はい (氏名 カタカナ) 同居 別居 本人との関係 ()
 いいえ

2. 訪問調査の日程調整は、どなたとすればよろしいですか。

- 被保険者本人
 立会者
 上記以外の方(事業者名・氏名等) : () 本人との関係 ()

3. 日程調整の連絡先はどちらですか。

- 被保険者自宅(申請書と同じ)
 被保険者自宅以外
昼間連絡先【自宅・職場・事業者】☎(-)・携帯☎(- -)

4. 訪問調査の日程調整の電話連絡をする時間帯の希望はありますか。

(平日の午前9時～午後5時の時間帯でお願いいたします。)

- はい → 日にち、曜日、時間帯等 ()
 いいえ

5. 月～金曜日のうちで、調査に都合の悪い曜日・時間帯がありますか。

(デイサービスや医療機関等の受診で不在の場合)

- はい → (都合の悪い曜日・時間帯に **X** をつけてください。)
- | | 月曜日 | 火曜日 | 水曜日 | 木曜日 | 金曜日 |
|----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 午前 | | | | | |
| 午後 | | | | | |
- いつでもよい
 その他 ()

6. 病名及び身体状況等(その他、訪問調査に関して伝えておきたいことがあれば記入してください。)

7. 認知症と診断されているまたは、認知症と思われる症状はありますか。

- はい → 立会い者のみの聞き取りの必要がありますか (有・無)
(認知症等で本人のプライドが高く日常生活と違う回答をする場合、個別に伝えたいことがある場合など)
 いいえ

8. 更新・区分変更申請で、前回調査時と比べて変わったことや介護が大変になった事などをご記入ください。

(例: 以前と比べて怒りっぽくなった、夜間のトイレの付き添いの回数が増えたなど。)

9. 訪問先に自動車を止めるスペースはありますか。

- はい (場所:)
 いいえ