

「記入例」
太枠内を記入

意見書
入力済

突合
チェック

合 議

申請区分を記入してください。

年 月 日

認
査
会

マイナンバーを記載してください。
(分からない場合は空白でも構いません。)

介護保険 要介護認定・要支援認定(新規・更新・変更)申請書

近江八幡市長 宛

令和00年00月00日

次のとおり要介護認定等について申請します。

被保険者番号	0000000000	個人番号	0000000000000000
医療保険	保険者名 △△健康保険組合	保険者番号	00000000
	被保険者証 記号 00000000	番号	00
※特定疾病名			
※欄・・・第2号被保険者(40歳以上65歳未満の医療保険加入者)の方のみ記入してください。			
フリガナ	カイゴ ハルオ	性別	男
氏 名	介護 治郎	生 年 月 日	
住 所	〒523-0000 近江八幡市△□町0000番地0		
現在の認定結果(認定期限切れで新規申請の方は、前回の結果を記入してください。)	要介護(3) 要支援() 有効期間 令和00年00月00日～令和00年00月00日		
現在の入院・入所先	<input checked="" type="checkbox"/> 病院・施設名称(病棟)及び所在地 近江八幡△△病院 第2病棟4階 <input type="checkbox"/> 無		

現在使用している医療保険(健康保険)の保険者名、保険者番号、被保険者証の記号、番号、枝番を記入してください。
40～64歳までの方は、特定疾病名の記載と医療保険証の写しを添付してください。
(特定疾病が介護保険の対象となるかについては、医師に確認してください。)

介護認定を受けたことが無い方は、空欄で申請してください。

現在、病院や施設等に入院・入所している場合は、「有」を選択し、病院や施設名等をご記入ください。

主治医	医療機関名 近江八幡△△病院 〒523-0000	主治医の氏名 保険 一夫	直近の受診 (前回) 月 (次回) 月
	所在地 近江八幡市 □□□町△△0000番地0	電話番号 33-0000	

上記内容に同意することの署名です。本人の自署が難しい場合は、家族等がご本人の意思を確認の上、代筆しても構いません。(ただし、ケアマネジャー等、介護・医療スタッフによる代筆は不可とします。)

調査	フリガナ カイゴ ハナコ	本人との関係 妻	昼間に連絡可能な連絡先 090(0000)0000
立会者	介護 華子		

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・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果及び意見並びに主治医意見書を、近江八幡市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、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する職員に提示することに同意します。
また、更新申請の場合であって、認定の有効期間内に更新認定を行うことができるときは、延期通知を省略することに同意します。

被保険者氏名	介護 治郎	(代筆者)	介護 太郎	本人との関係	子
--------	-------	-------	-------	--------	---

*本人に代わり、家族又は指定居宅介護支援事業所、地域密着型老人福祉施設若しくは介護保険施設及び地域包括支援センターが申請を行う場合は、下記の欄を記載してください。(本人が申請する場合は不要)

(提出代行者)	フリガナ カイゴ タロウ	本人との	
氏 名 (事業所名)	介護 太郎		
住 所	〒000-0000 △△△市□□区□□町00番00号 電話番号 080(0000)0000		

グループホームや(看護)小規模多機能介護事業所が申請を代行することはできませんので、ご注意ください。
ただし、本人やご家族が記入された申請書を、窓口へ提出していただくことは可能です。(その場合の申請者は、本人又は家族になります。)

(裏面)

通知等送付先	本人の氏名及び住民票上の所在地以外を送付先に指定する場合は、「送付先変更申請書」を提出してください。既に提出されている場合は、指定の住所へ通知等を送付します。		
	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者宛(本人宛)	<input type="checkbox"/> 窓口手渡し対応 ()	手渡し
	<input type="checkbox"/> 送付先変更申請書 提出済	→ 委任状預かり	済・未

居宅介護支援事業所等は、利用状況が変更になる可能性があるため、送付先として指定ができませんが、ケアマネジャーが直接窓口で通知を受け取ることは可とします。
事前に、結果通知を窓口にて受け取りたい旨を伝えていただき、受け取り時に本人又は家族からの「委任状」を持参してください。

介護保険 要介護認定・要支援認定申請 に伴う確認事項			
●サービス利用状況	《居宅介護支援事業所名》	《担当CM》	
	(居宅介護支援事業所〇〇〇)	(ΔΔ)	
<input checked="" type="checkbox"/> デイサービス	(事業所名： デイサービスセンター □□)	月(火)水(木)金土	
<input type="checkbox"/> 通所リハビリ	(事業所名：)	月火水木金土	
<input type="checkbox"/> 訪問介護	(事業所名：)	月火水木金土	
<input type="checkbox"/> 訪問看護	(事業所名：)	月 回	
<input checked="" type="checkbox"/> ショートステイ	(事業所名： 介護老人福祉施設 ○○○園)	2泊 (1回)	
		【直近の利用期間】 0 / 0 ~ 0 / 0	
<input checked="" type="checkbox"/> 福祉用具貸与	(品目： 手すり・歩行器 四点杖)		
<input type="checkbox"/> その他			

その他 の例

- ・ 居宅療養管理指導
- ・ 認知症対応型通所介護
- ・ (看護)小規模多機能型通所介護
- ・ 介護老人福祉施設
- ・ 介護老人保健施設
- ・ 介護療養型医療施設
- ・ 介護医療院

など

●前回の認定時から大きく変わったところ
 (変更申請の場合は、変更理由を必ず記入してください。)

- ・ 2、3ヶ月前から歩行状態が悪化し、移動に介助を要するようになった。
- ・ 0/0～ 立ち上がりの時にバランスを崩し転倒。右大腿骨を骨折し入院。退院時期については未定。退院後は継続してリハビリを利用したい。

以下のような事柄を中心に記入してください。

- ・ 本人の心身の状況の変化
(改善された場合も記入してください。)
- ・ 入院された場合の入院時期や経緯。
- ・ 介護サービスを増量・変更したい場合の具体的な希望など。

注)1 介護保険の被保険者証と医療保険被保険者証を持参してください。