

|                                       |             |             |     |     |     |    |                  |     |
|---------------------------------------|-------------|-------------|-----|-----|-----|----|------------------|-----|
| 受付                                    | M<br>入<br>力 | C<br>調<br>査 | 意見書 | 調査票 | 意見書 | 突合 | 入<br>裁<br>調<br>査 | 受付  |
| <div>&lt;記入例&gt; 太枠の中を記入してください。</div> |             |             |     |     |     |    |                  | 月 日 |

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

年 月 日

次のとおり要介護認定等について申請します。

|                                       |                                               |                   |           |                                                       |
|---------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------|-----------|-------------------------------------------------------|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>（<br>本<br>人<br>）  | 介護保険被保険者番号                                    |                   | 個人番号      |                                                       |
|                                       | 医療<br>保<br>険                                  | 保険者名              | 保険者番号     |                                                       |
|                                       |                                               | 被保険者記号・番号         | 記号        | 番号                                                    |
|                                       | ※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                                          |                   | 性 別       | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
|                                       | 氏 名                                           |                   | 生 年 月 日   | 年 月 日                                                 |
|                                       | 住 所                                           |                   | 電話番号 ( )  |                                                       |
|                                       | 現在の認定結果（認定期限切れで新規申請の方は、前回の結果をご記入ください。）        |                   |           |                                                       |
|                                       | 要 介 護 ( )                                     |                   | 要 支 援 ( ) | 有効期間                                                  |
| 現在<br>の<br>入<br>院<br>・<br>入<br>所<br>先 | 有                                             | 病院・施設の名称(病棟)及び所在地 |           | 入院・入所期間                                               |
|                                       | 無                                             |                   |           | 年 月 日 ~ 年 月 日                                         |

\* 主治医意見書作成を依頼する医療機関の名称及び所在地並びに医師の氏名を記入してください。

|             |       |                         |     |
|-------------|-------|-------------------------|-----|
| 主<br>治<br>医 | 医療機関名 | 主治医氏名                   | 受診日 |
|             | 所     | かかいつけ医又は入院中の病院名、医師名、受診日 | 月 日 |
|             |       | 電話番号                    | 月 日 |

\* 訪問調査の立会者をご記入ください。

|                                                                                                                                                                                                                                                              |      |         |                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|---------|-------------------------------------------------------|
| 調<br>査                                                                                                                                                                                                                                                       | フリガナ | 立会者     | 立会する人の氏名・本人との関係・昼間の連絡先                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |      |         |                                                       |
| <p>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。</p> <p>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。</p> |      |         |                                                       |
| 被保険者氏名                                                                                                                                                                                                                                                       |      | 本人氏名の署名 | (代筆者 <b>&lt;代筆の場合(家族のみ可)&gt;&gt;</b><br>代筆者の氏名・本人との関係 |

\* 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)

|                                                |          |                     |                                                          |
|------------------------------------------------|----------|---------------------|----------------------------------------------------------|
| 申<br>請<br>者<br>（<br>提<br>出<br>代<br>行<br>者<br>） | フリガナ     | 氏<br>(事業)<br>住<br>所 | ＜本人以外が申請する場合(家族や介護支援事業所等(*欄参照))＞<br>申請者の氏名・本人との関係・住所・連絡先 |
|                                                |          |                     |                                                          |
|                                                | 電話番号 ( ) |                     |                                                          |

(市記入欄)

|        |                                                                                                                              |                |              |    |       |
|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------------|----|-------|
| 調<br>査 | 日 時                                                                                                                          | 年 月 日 ( ) 時 分  |              |    |       |
|        | (再調整)                                                                                                                        | ※裏面も記入をお願いします。 |              |    |       |
| 来庁者    | 様                                                                                                                            | 問診票提出          | 未 ( ) 予 約 CM | 施設 | 様     |
| 備考     | <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 期限切れ <input type="checkbox"/> 要支援からの区分変更 <input type="checkbox"/> 緊急( ) |                |              |    | 意見書依頼 |
|        | <input type="checkbox"/> 生保2号                                                                                                |                |              |    |       |

|        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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、ご指定の住所へ通知等を送付します。                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|        | <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center;"> <b>該当するところに☑を記入してください。</b> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div> <input type="checkbox"/> 被保険者有状態で本人宛<br/> <input type="checkbox"/> 窓口手渡し対応（         </div> <div> <input type="checkbox"/> 送付先変更申請書提出済<br/>         手渡し） → 委任状預かり 済 ・ 未       </div> </div> |

| 介護保険 要介護認定・要支援認定申請 に伴う確認事項                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                       |                                                                 |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|--|
| <b>●サービス利用状況</b>                                                                                                                                                                                                        | 《居宅介護支援事業所名》<br><br>(                                          )                                                                                      | 《担当ケアマネジャー》<br><br>(                                          ) |  |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin-bottom: 10px;"> <b>(現在、介護サービスを利用している場合)</b><br/> <b>※ 居宅介護支援事業所名・担当ケアマネジャーを記入してください。</b><br/> <b>※ 現在利用している介護サービス(福祉用具レンタル、デイサービスなど)について記入してください。</b> </div> |                                                                                                                                                       |                                                                 |  |
| <input type="checkbox"/> 訪問介護                                                                                                                                                                                           | 方 次 示 不 並 上 日<br>(事業所名：                                          )                                                                                    |                                                                 |  |
| <input type="checkbox"/> 訪問看護                                                                                                                                                                                           | 回 / 月 (                      曜日) (事業所名：                                          )                                                                    |                                                                 |  |
| <input type="checkbox"/> (看護)小規模多機能型居宅介護                                                                                                                                                                                | 通い        :        回 / 月 (事業所名：                                          )<br>訪問介護 :        回 / 月<br>訪問看護 :        回 / 月<br>泊まり    :        回 / 月     |                                                                 |  |
| <input type="checkbox"/> ショートステイ                                                                                                                                                                                        | 泊        日        回 / 月 (事業所名：                                          )<br>【直近の利用期間】        /        ~        /<br>【次回利用予定】     /        ~        / |                                                                 |  |
| <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与                                                                                                                                                                                         | (品目：                                          )                                                                                                       |                                                                 |  |
| <input type="checkbox"/> その他                                                                                                                                                                                            | (                                          )                                                                                                          |                                                                 |  |
| <b>●前回の認定時から大きく変わったところ</b><br><u>(変更申請の場合は、変更理由を必ず記入してください。)</u>                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                       |                                                                 |  |

注) 1 介護保険の被保険者証と医療保険被保険者証をご持参ください。

(市記入欄)

| 調査時の留意事項           | 申請受付時確認事項                           |
|--------------------|-------------------------------------|
| ○駐車場の 有 ・ 無 ( )に駐車 | ○ 被保険者証 回収 ・ 未回収                    |
| ○調査場所 自宅 その他の場所( ) | ○ 資格者証 渡済 ・ 未                       |
|                    | ○ 保険料・滞納(新規・更新・変更) 有 ・ 無            |
|                    | 保険G 確認チェック <input type="checkbox"/> |