

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

度会町長 様 度会広域連合長 様

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 記号・番号	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																						
			有効期限		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										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・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											

第二号被保険者(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、主治医意見書、度会町及び度会広域連合が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、度会町及び度会広域連合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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する（地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。）ことに同意します。

本人氏名

【遅延通知】
介護保険では、申請後30日以内に保険証を発行することとなっていますが、審査会資料の準備の遅れや審査会の都合により、保険証の発行が遅れることがあります。その場合、申請日より2ヵ月以内の発行に努めますので暫くお待ちくださいますようお願い致します。なお、発行が遅れましても、何らかの手続きをして頂く必要はございません。

要介護認定調査等日程調整票(介護保険(要介護認定)申請書と一緒に提出してください。)

- ★ 要介護認定申請をされる場合、その都度の訪問調査と主治医意見書が必要となります。
- ☆ 訪問調査希望日と同席していただく介護者(家族)名及び病院(主治医)への受診日を記入してください。受診日を目安にこちらから医療機関へ記入の依頼をします。
- ★ 度会広域連合より調査日の調整で電話連絡を入れ、同時に主治医へ意見書記入を依頼します。
- ※ 主治医に意見書を記載していただく為、必ず受診はしてください。

1. 被保険者名		被保険者番号	
2. 現在の生活場所		☐ 在宅(独居 ・ 本人含めて 人) ☐ 入院中(病院) ☐ 施設等() ☐ その他()	
3. 介護者(同席いただく方)名		ふりがな	続柄
		氏名	()
昼間に連絡のつく電話番号(携帯等):		希望の時間帯 時頃	
4. 介護支援専門員		氏名:	事業所名:
5. 訪問調査希望日 (土日、祝日は行っていない) ※ 申請日より1週間後を目処に記載してください。		希望時間に○を付けてください。	
			特になし
第 1 希望	月 日 (曜日)		午前 9時30分頃
			午前11時00分頃
			午後 1時30分頃
第 2 希望	月 日 (曜日)		午前 9時30分頃
			午前11時00分頃
			午後 1時30分頃
調 査 不 可 な 曜 日		月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金	
6. 主治医への受診日		月 日	
7. 保険証送付先			
8. 申請理由 備考			
9. サービス利用		・訪問介護 月 回 ・通所リハ 月 回 ・訪問入浴 月 回 ・短期入所 月 回 ・訪問看護 月 回 ・短期療養 月 回 ・訪問リハ 月 回 ・福祉用具貸与 品目() ・居宅療養管理 月 回 ・福祉用具購入 品目() ・通所介護 月 回 ・住宅改修 あり ・ なし	

要介護認定調査等日程調整票の内容

① 被保険者名等

要介護認定を希望される被保険者名及び被保険者番号について記載してください。

② 現在の生活の場所

①の被保険者が生活している場所(訪問先)をチェック及び記載してください。入院中の場合は病院名、施設入所者の場合は施設名を記載してください。申請書に記載する住所にお住まいの場合は、在宅にチェック、それ以外の住所(子供宅等)にお住まいの場合は、その他にチェックし、括弧に住所を記載してください。

③ 介護者(同席いただく方)名

要介護認定調査は、介護者の立会いのもと実施することが原則です。申請者の日常生活を出来る限り聞き取りした上で判断したい為、必ず、介護者は同席してください。

調整表に基づき、度会広域連合から日程の連絡(できる限り日中)をしたい為、携帯電話番号等の連絡先と連絡をつけやすい時間帯を記載してください。

④ 介護支援専門員

介護保険サービス利用者等で居宅介護支援事業所や地域包括支援センター、介護保険施設等と契約を締結している方については、その事業所名及び介護支援専門員名(ケアマネージャー)等を記載してください。サービス利用の聞き取りや、介護状態の確認をします。

⑤ 訪問調査希望日

効率良く認定調査を実施したい為、票にある時間帯で希望日を記載してください。この希望日を基本として後日電話で調整をします。

⑥ 主治医への受診日

要介護認定には主治医の意見書が必要となります。申請書に記載してある主治医に必ず受診するようにしてください。また受診日までに意見書を郵送したい為、その受診日を記載してください。

⑦ 申請の理由・備考

申請にいたった経緯や申請をする理由を記載してください。

また、お話を聞かせていただくにあたって、例えば言ってはいけないことなど、心がけることがあれば教えてください。

新規・・・現在の家族環境や生活状態。

更新・・・前回申請時よりお変わりになられたことがあれば記載してください。

区分変更・・・前回の状態からどのような変化があったか具体的に記載してください。

例： 自宅で転倒し、右大腿骨を骨折、入院となり歩行できなくなった。

寝ている生活が多くなり、記憶力が低下し、～のような問題行動が増えた。など

⑧ サービス利用・サービス希望

更新申請の方は引き続き受たいサービスを、新規申請・区分変更申請の方は希望されるサービスを記載してください。