

介護保険【要介護(支援)認定・要介護(支援)更新認定・要介護(支援)区分変更認定】申請書

**記入例**

〳  認定申請  
山市長

ご不明の場合は、記入不要ですが、  
65歳未満の方は医療保険欄の記入及び、  
医療保険被保険者証等の写しが必要です。

郵送の場合は、  
受付日が申請日になります。

次のとおり申請します。

被 保 険 者	被保険者番号	0000000000	申請年月日	令和00年00月00日		
	個人番号					
	医療 保 険	保険者名		保険者番号		
		被保険者番号等	記号	番号		枝番
	フリガナ	サヤマ タロウ		生年月日	明・大・ <b>昭</b> 00年00月00日	
	氏名	狭山 太郎		性別	<b>男</b> ・女	
	住所 (住民票上の住所)	〒000-0000 <input checked="" type="checkbox"/> 大阪狭山市 000 00丁目00番00号		電話番号 000 ( 000 ) 0000		
	前回又は現在の 要介護認定の 結果等 *更新認定又は区 分変更認定の場合の み記入してください。	要介護状態区分 1 2 3 4 5 経過的要介護		要支援状態区分 1 2		
変更申請の理由	有効期間 年 月 日から 年 月 日まで					

\*申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

申請者氏名	狭山 花子		本人との関係	長女
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) [代行事業者番号 No. ]			
申請者住所	〒000-0000 大阪狭山市 000 00丁目		電話番号 000 ( 000 ) 0000	

主治医意見書の依頼先です。(依頼先は1名のみ。)  
現在のご本人の状態をよく知っている主治医を記入してください。

主 治 医	主治医の氏名	狭山 次郎	医療機関名	〇〇病院
	所在地	〒000-0000 大阪狭山市 000 00丁目00番00号 電話番号 000 ( 000 ) 0000		

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	
-------	--

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成する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、大阪狭山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も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に提示することに同意します。

代筆の場合は、連名で記入してください。

本人署名 狭山 太郎  
代筆者氏名 狭山 花子

※ 裏面も記入してください

【認定調査について】

◎本人（調査を受ける方）

氏名 狭山 太郎 電話番号 000 (000) 0000

◎連絡者（日程調整を行う方）

氏名 狭山 花子 (本人との関係) 長女 (事業所名)  
電話番号 000 (000) 0000

1. 認定調査の日時について、希望はありますか。

- (1) 特にない。  
 (2) 曜日の希望がある。 月曜日・**火曜日**・水曜日 木曜日  
 (3) 時間の希望がある。 **午前**・午後

聞き取り調査を行いますので、同席できる場合は、記入してください。病院や施設での調査は、同席できない場合があります。

2. 認定調査時に、介護されているかたやご家族等で、どなたが同席されますか。

- (1) 同席者氏名 ( 狭山 花子 ) 本人との関係 ( 長女 )  
 (2) 同席者なし。

3. 認定調査は現在生活されている場所で行います。調査場所はどちらですか。

- (1) 現住所 ※住民票上の住所と異なる場合は「(3) その他」へ記載してください。  
 (2) 入院・入所先 (名称・住所)  
 (3) その他 (住所)

現住所での調査が基本です。調査場所が現住所以外になる場合は、病院名や施設名、建物名、住所、部屋番号等を記入してください。

4. 本人(調査を受ける方)の意思を調査員に伝えるために、手話通訳や筆談などが必要ですか。

- (1) 必要 ( 手話通訳者 ・ 筆談 ・ その他 [ ] )  
 (2) 必要ない

5. 要介護認定申請（区分変更・区分の見直し）に **受診がないと意見書を書けません。** 状況、認定調査での留意点をご記入ください。

受診状況	受診頻度 ( <u>00</u> 日ごとに受診・時々・今回は初診・入院/入所中) 次回診療予約 ( <u>  </u> 月 <u>  </u> 日 ・ <u>  </u> 未定 )
サービス利用の意向	<input checked="" type="checkbox"/> どのようなサービスを利用するか検討中。 <input type="checkbox"/> 既に地域包括支援センターや居宅介護支援センター等を利用している。 <input type="checkbox"/> 施設への入所を検討している。
【要介護認定申請に至った経緯や現在の生活状況など】 (例) 00月00日に自宅で転倒し骨折したため〇〇病院に入院。 00日よりリハビリ開始し、00日に退院。 リハビリは順調で、つかまらないうで歩行できるまで回復した。 その他、食事やトイレは一人でできるが、物をどこにしまったかすぐに忘れてしまう等記憶力が低下してきている。	

★どんなことに困っていますか？  
 ★どんなサービスを利用したいですか？  
 ★ご本人の体の状態で気になる事はありますか？