

介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書

□新規 □更新 □区分変更 □転入

区分変更理由（ 改善 ・ 悪化 ）

原因：

状態：

必要になるサービス：

（申請先）茨木市長 申請年月日 令和 年 月 日

次のとおり申請します。

|                  |                                     |                                        |                         |
|------------------|-------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------|
| 申請者氏名            |                                     | 本人との関係                                 |                         |
| 被保険者番号           | フリガナ                                | 個人番号                                   | 生年月日                    |
| 氏名               |                                     | 性別                                     | 明・大・昭 年 月 日             |
| 住所               | 〒 電話番号 — —                          |                                        |                         |
| 被<br>保<br>険<br>者 | 前回の要介護認定の結果等                        | 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                    |                         |
|                  | 介護保険施設<br>医療機関等<br>に入院・入所<br>している場合 | 過去6ヶ月以内の入所施設・医療機関等の<br>名称・所在地          | 期 間<br>年 月 日<br>～ 年 月 日 |
|                  | 認定調査先<br>住所                         | □自宅<br>□自宅以外<br>入所施設・医療機関・マンション等の名称も記入 |                         |

|                   |     |                                                 |
|-------------------|-----|-------------------------------------------------|
| 提出<br>代<br>行<br>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・介護保険施設・地域密着型介護老人福祉施設） |
|                   | 住 所 | 〒 電話番号 — —                                      |

|         |                    |                                                |       |                                          |       |
|---------|--------------------|------------------------------------------------|-------|------------------------------------------|-------|
| 医 療 保 険 | 保険者名               | □ 大阪府後期高齢者医療広域連合<br>□ 茨木市（茨木市国民健康保険）<br>□ その他（ |       | 保険者番号：39272117<br>保険者番号：270124<br>保険者番号： |       |
|         | 記号                 | 番号                                             | 枝番    |                                          |       |
| 主 治 医   | 主治医氏名<br>※複数名の記入不可 |                                                | 医療機関名 |                                          |       |
|         | 所 在 地              | 電話番号 — —                                       |       |                                          |       |
| 主 な 病 名 |                    |                                                |       | 最終受診日                                    | 年 月 日 |

2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）は記入

|       |  |
|-------|--|
| 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、茨木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。

|                |  |
|----------------|--|
| ※市記入欄<br>受付者氏名 |  |
|----------------|--|

本人氏名

## 認定調査について

要介護・要支援認定の審査判定の資料とするため、認定調査員がご自宅等に訪問して、介護を必要とする方の心身の状態などについて、聞き取り調査を行います。

お伺いする前に参考にさせていただきますので、下記の質問にお答えください。

### 1. 日程調整は、どなたとすればよろしいですか？

カガナ

☐ ご本人    ☐ ご本人以外    (氏名： \_\_\_\_\_ 続柄： \_\_\_\_\_)

昼間に連絡のとれる電話番号： \_\_\_\_\_

### 2. 調査日で都合が悪い曜日や時間帯はありますか？

都合が悪いところに×をつけてください。（わかる範囲で結構です）

|    | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 |
|----|---|---|---|---|---|
| 午前 |   |   |   |   |   |
| 午後 |   |   |   |   |   |

その他具体的に都合の悪い日時

### 3. 調査の当日に、同席される方を記入してください。（同席される方がいる場合、①②両者の同席も可能です。）

☐ いる { ☐ ①上記1の「日程調整」する方  
☐ ②その他 \_\_\_\_\_ (氏名： \_\_\_\_\_ 続柄： \_\_\_\_\_)

☐ いない

### 4. 希望する(利用中)サービスを教えてください。

☐ 居宅サービス    ☐ 施設サービス    内容を記入（訪問介護・通所介護・住宅改修・特別養護老人ホーム など）

### 5. 認定調査に際して伝えておきたいことなどがあれば記入してください。

例) 難聴なので、大きな声でゆっくり話してほしい など

## 提出前にご確認ください

- (添付書類) ☐ ① 介護保険被保険者証 (必須)  
☐ ② 本人の身元確認書類のコピー (1点または2点)・・・(上記①があれば不要)  
☐ ③ 個人番号 (マイナンバー) が分かる書類の写し・・・(ない場合は保険者で番号確認します)  
☐ ④ (本人・同居家族以外の方が申請) 委任状・・・(上記①②あれば不要)  
☐ ⑤ (本人以外の方が申請) 代理人の身元確認書類のコピー (1点または2点)

※「身元確認書類」 1点のみで可・・・運転免許証、パスポート、障害者手帳、マイナンバーカード (写真付) 等  
2点必要・・・健康保険の資格確認書、介護保険負担割合証、年金手帳、公的機関が発行した通知書 等 (1点確認書類以外の本人の身分を証する書類)

- (申請書) ☐ 申請区分、申請年月日が記入されていますか？  
☐ 右下の署名欄の本人氏名が記入されていますか？

### ◆市記入欄(こちらは記入しないでください)

|           |                            |                            |       |   |                                                       |
|-----------|----------------------------|----------------------------|-------|---|-------------------------------------------------------|
| 被保険者証受理   | <input type="checkbox"/> 済 | <input type="checkbox"/> 未 | 本人確認  | : | 介護保険被保険者証・介護保険負担割合証・マイナンバーカード・資格確認書・運転免許証・委任状・その他 ( ) |
| マイナンバー    | <input type="checkbox"/> 済 | <input type="checkbox"/> 未 | 代理人確認 | : | 運転免許証・介護支援専門員証・マイナンバーカード・資格確認書・社員証・その他 ( )            |
| 2号医療保険証   | <input type="checkbox"/> 済 | <input type="checkbox"/> 未 |       |   |                                                       |
| 資格者証交付    | <input type="checkbox"/> 済 | <input type="checkbox"/> 未 |       |   |                                                       |
| 主治医意見書問診票 | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |       |   |                                                       |