

記入見本

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

申請事由に
チェックを記入

区分変更理由 (改善 ・ **悪化**)

原因 : **認知機能の低下**

状態 : **徘徊がではじめた**

必要になるサービス : **訪問介護、デイサービスの回数増、または施設入所**

区分変更申請の場合のみ、
区分変更申請の理由を記入

(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		茨木 太郎		本人との関係		本人	
被保険者番号	0000000000	個人番号	0000000000				
フリガナ	イバラキ タロウ		生年月日	明・大・ 昭 ● 年 ● 月 ● 日			
氏名	茨木 太郎		性別	男			
住所	〒 567 - 8505 茨木市駅前三丁目8番13号		電話番号	●●● - ●●● - ●●●●			
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 令和 ● 年 ● 月 ● 日 から		令和 ● 年 ● 月 ● 日				
介護保険施設 医療機関等 に入院・入所 している場合	過去6ヶ月以内の入所施設・医療機関等の 名称・所在地		期間				
	●●市●●町●●番●●号 ●●●●病院		●年 ●月 ●日 ~ ●年 ●月 ●日				
認定調査先 住所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅以外	入所施設・医療機関・マンション等の名称も記入 ●●市●●町●●番●●号 ●●●●病院					

本人・家族申請の場合は、記入しない

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・介護保険施設・地域密着型介護老人福祉施設)	
担当ケアマネジャー		
医療保険の保険者名を選択又は記入	医療保険の記号・番号・枝番を記入 ※後期高齢者医療保険等で記号や枝番がない場合は、その欄を空欄にしてください	

医療保険	保険者名	<input checked="" type="checkbox"/> 大阪府後期高齢者医療広域連合 <input type="checkbox"/> 茨木市 (茨木市国民健康保険) <input type="checkbox"/> その他 ()				
	記号	●●●●	番号	●●●●●●●●	枝番	●●
主治医	主治医氏名 ※複数名の記入不可	●● ●●		医療機関名	●●●●●病院	
	所在地	●●市●●町●●番●●号		電話番号	●●● - ●●● - ●●●●	
主な病名	現在お困りの病名を記入		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... 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... 40歳から64歳の場合のみ記入... 結果・意見、及び主治... 本人氏名を記入... 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 受付者氏名	
----------------	--

本人氏名 **茨木 太郎**

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？

ご本人 ご本人以外

フリガナ **イバラキ ハナコ**
(氏名: **茨木 花子** 続柄: **妻**)

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)

	月	火	水	木	金
午前		×			
午後				×	

市役所又は調査を委託した事業所から日程調整の電話をいたします。着信拒否設定等をされている方は、市又は事業所からの電話を取れるようにしてください。

●月●日は不可

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 (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))
 施設サービス

**訪問介護、デイサービスの回数増加
または施設入所**

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

話し声を聞き取りづらいことがあるため、ゆっくり大きな声で話してほしい

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 健康保険証、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・健康保険証・委任状
マイナンバー	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未		:	運転免許証・マイナンバーカード・その他 ()
2号医療保険証	<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・健康保険証・マイナンバーカード
資格者証交付	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未		:	社員証・その他 ()
主治医意見書問診票	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		:	