

申請年月日 令和 年 月 日

### 介護保険 要介護・要支援認定 申請書

稲城市長 殿

次のとおり申請します。

申請区分

- 新規  新規(要支援⇔要介護への変更)  転入
- 更新  区分変更(要支援⇔要支援への変更、要介護⇔要介護への変更)

|          |                      |           |   |  |                     |  |                  |  |                |  |       |  |  |
|----------|----------------------|-----------|---|--|---------------------|--|------------------|--|----------------|--|-------|--|--|
| 被保険者(本人) | 介護保険被保険者番号           |           | 0 0 0   | 個人番号   |                     |  |                  |  |                |  |       |  |  |
|          | 医療保険                 | 保険者名      |   | <input type="checkbox"/> 東京都後期高齢者医療広域連合 <input type="checkbox"/> 稲城市 |                     |  |                  |  |                |  |       |  |  |
|          |                      | 被保険者記号・番号 |   | 記号   | 番号                  |  |                  |  | 枝番             |  | 保険者番号 |  |  |
|          | フリガナ                 |           | 生年月日  |  |                     |  | 大正・昭和 年 月 日 ( 歳) |  |                |  |       |  |  |
|          | 氏名                   |           | 性別  |  |                     |  | 男 ・ 女            |  |                |  |       |  |  |
|          | 住所 (住民登録地)           |           | 〒 電話番号  |  |                     |  |                  |  |                |  |       |  |  |
|          | 現在の要介護(要支援)認定の内容     |           | 要介護度  |  | なし                  |  | 要支援(1・2)         |  | 要介護(1・2・3・4・5) |  |       |  |  |
|          |                      |           | 有効期間  |  | 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 |  |                  |  |                |  |       |  |  |
|          | 申請の理由<br>※更新申請は必要時記入 |           | いつからどのように心身の状態が変わり、それによりどのような介護の手間があるかをご記入ください。<br>入院中の場合は、入院理由等をご記入ください。 |  |                     |  |                  |  |                |  |       |  |  |

↓市は下記宛てに意見書の作成を依頼します。

|     |      |                    |  |  |  |  |
|-----|------|--------------------|--|--|--|--|
| 主治医 | 医療機関 | 最終受診(令和 年 月 ・ 入院中) |  |  |  | ※ 今回の申請について<br>主治医は意見書作成を了承の有無<br><input type="checkbox"/> 了承している<br><input type="checkbox"/> 了承していない<br>↓<br><b>必ず、主治医に意見書作成をお願いしてください。</b> |
|     | 医師氏名 | 診療科名( 科)           |  |  |  |  |
|     | 所在地  | 〒 電話番号             |  |  |  |  |

|       |    |  |  |  |  |
|-------|----|--|--|--|--|
| 申請代行者 | 名称 | <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院<br>(担当者: ) |  |  |  |
|       | 住所 | 〒 電話番号   |  |  |  |

#### 第二号被保険者(40歳から64歳の方のみ)

|       |                     |
|-------|---------------------|
| 特定疾病名 | ※該当するか主治医に確認済みであること |
|-------|---------------------|

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(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・意見、主治医意見書、稲城市が提供を受けた介護(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について、稲城市が、地域包括支援センター、居宅介護(介護予防)支援事業者、居宅(介護予防)サービス事業者、地域密着型(介護予防)サービス事業者、介護保険施設、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対し提示すること(地域支援事業として介護情報基盤を経由して電子的に行う場合を含む。)に同意します。

本人氏名 \_\_\_\_\_ 代筆者署名 \_\_\_\_\_ (本人との関係 \_\_\_\_\_)

<事務処理欄>

|      |     |     |
|------|-----|-----|
| 窓口受付 | 入力者 | 確認者 |
|      |     |     |

「認定調査等についての確認票」もご記入ください。

裏面へ ➡

# 認定調査等についての確認票

|        |   |   |  |  |            |  |  |  |  |
|--------|---|---|--|--|------------|--|--|--|--|
| 被保険者番号 |   |   |  |  | 被保険者(本人)氏名 |  |  |  |  |
| 0      | 0 | 0 |  |  |            |  |  |  |  |

| 1. 調査場所<br>(現在の居所)                           | <input type="checkbox"/> 自宅 (表札 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)<br>駐車可能な場所 <input type="checkbox"/> 有 _____ <input type="checkbox"/> 無<br><br><input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他<br>・名称 ( _____ 階・棟 _____ 号室)<br>・住所 ( _____ )<br>・電話番号 ( _____ )<br>・入院または入所日 ( 平成・令和 年 月 日 )<br>・退院または退所予定日 (令和 年 月 日頃・未定 )  |   |   |   |   |    |   |    |    |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |
|--|---|---|---|---|---|----|---|----|----|--|--|--|--|--|--|----|--|--|--|--|--|--|
| 2. 調査立会の有無<br>可能な限り、ご家族様やケアマネジャーの立会いをお願いします。 | <b>1. 調査日程調整先</b><br><input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他( _____ )<br>フリガナ<br>氏名 _____ 本人との関係 _____<br>電話番号 _____ 同居の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無<br><small>※自宅の方のみ</small><br><br><b>2. 調査立会い者の有無(家族・ケアマネジャー等)</b><br><input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり 立会い者氏名 _____ 本人との関係 _____<br>電話番号 _____<br><br><b>3. 申請者の連絡先 (※調査立会い者「なし」の場合のみ記入)</b><br>氏名 _____ 本人との関係 _____ 電話番号 _____ |   |   |   |   |    |   |    |    |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |
| 3. 調査希望日                                     | 都合の悪い曜日に×をご記入ください。<br><table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th></th> <th>月</th> <th>火</th> <th>水</th> <th>木</th> <th>金</th> <th>備考</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>午前</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>午後</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <small>※時間(基本) 午前 9:30~10:30 午後 13:30~14:30 (土日祝については、原則調査は行っていません)</small>   |   | 月 | 火 | 水 | 木  | 金 | 備考 | 午前 |  |  |  |  |  |  | 午後 |  |  |  |  |  |  |
|  | 月   | 火 | 水 | 木 | 金 | 備考 |   |    |    |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |
| 午前   |   |   |   |   |   |    |   |    |    |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |
| 午後   |   |   |   |   |   |    |   |    |    |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |
| 4. 調査場所で飼っているペットの有無                          | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(種類 _____ )<br><small>※有の場合、調査の間は必ず別室に移していただくか、ケージに入れてください。</small>  |   |   |   |   |    |   |    |    |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |
| 5. 調査時留意点                                    | <input type="checkbox"/> 認知症あり <input type="checkbox"/> 筆談が必要 <input type="checkbox"/> 別室での聞き取りが必要<br>上記以外に注意する点があればご記入ください。  |   |   |   |   |    |   |    |    |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |

## 認定結果通知書の送付先について

認定結果通知書は、原則として住民登録地の住所(送付先設定届が提出されていれば設定された送付先の住所)に郵送されます。認定結果通知書の送付先を住民登録地の住所(送付先設定届が提出されていれば設定された送付先の住所)以外の住所宛てを希望する場合は、送付先住所を記入してください。

〒

電話番号 \_\_\_\_\_

様宛 (本人との関係 \_\_\_\_\_ )