

介護保険 要支援認定・要介護認定申請書

(新規・更新・区分変更)

記入例

(申請年月日 令和 年 月 日)

新規：初めて認定を受ける方  
更新：継続して認定を受ける方  
区分変更：認定期間内で状態が変わったため、認定を受ける方

被保険者番号	個人番号 (マイナンバー)	個人番号カードに記載されている12桁	
医療保険者名	<input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> その他	医療保険者番号	
被保険者 記号・番号	号	番号	枝番
医療保険の保険者名・保険者番号・記号・番号・枝番をご記入ください。	カイゴ イチコ 介護 市子	介護保険被保険者証の「番号」に記載されている10桁の番号です。	月・大・昭 年 月 日 男・女
住所	清瀬市中里5-842 電話番号 042-492-5111		
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 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 認定有効期間【 / ~ / 年 年】 ※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(既に認定結果通知を受け取った)はい・いいえ 「はい」		
過去6月間の介護保険施設・医療機関等入院・(入所)の有・無	介護保険施設・医療機関等の名称等・所在地 年 月 日 ~ 年 月 日 期間 年 月 日 ~ 年 月 日		

介護保険被保険者証に記載されている「要介護状態区分等」「認定の有効期間」記入してください。

申請代行者	氏名(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	本人との関係 ( )	
		電話番号	( )

被保険者本人以外の方が申請する場合は必ず記入してください。

※この欄は申請者をご記入ください。また、主治医に介護保険を申請したことをお伝えください。(主治医意見書は、市から医療機関に依頼します。)

主治医	氏名	診療科(科)	医療機関名	直近の受診日: 月 日
	所在地	電話番号		

☆☆☆☆先生

〇〇病院

〇〇市△△1-2-3

123(456)7890

介護サービス利用のためにご本人の個人情報である認定調査の内容及び主治医意見書を、介護サービス事業者へ情報提供することに同意される方はご本人による署名をお願いします。

同意される方は、本人氏名を必ず記入し押印してください。

本人による署名が難しいときは、ご本人に同意を得て、代筆してください。

本人氏名

印

代筆者氏名

印

※医療保険証のコピーの添付は不要です。

清瀬市認定調査連絡票

記入例

認定申請を受理した後、調査員が訪問し心身の状況等をお聞きするにあたり、事前にお願いたします。

調査対象者 氏名		申請者		続柄( )	
今回申請した理由 (新規・区分変更の場合のみ)	<input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> 病気	認定を受ける方の氏名を記入してください。 利用したいサービスがあるため <input type="checkbox"/> その他( )			
現在利用中の主な介護サービス	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (「ある」を選んだ方は以下の表に記入してください)				
介護支援専門員 (ケアマネジャー)	事業所名	担当者			
利用サービス名	頻度	サービス名	種類・頻度		
1 訪問介護(ホームヘルプサービス)	月 回	11 福祉用	品目		
2 訪問入浴介護	月 回		品目		
3 訪問看護	月 回	12 住宅改修	あり・なし		
4 訪問リハビリテーション	月 回	13 認知症対応型通所介護	月 日		
5 居宅療養管理指導	月 回	14 認知症対応型共同生活介護(グループホーム)	月 日		
6 通所介護サービス(デイサービス)	月 回	15 看護小規模多機能型居宅介護(複合型)	月 日		
7 通所リハビリテーション(デイケア)	月 回	16 介護保険施設 (特養・老健・介護医療院)	年 入所(院)		
8 短期入所生活介護		17 介護保険外サービス	あり・なし		
9 短期入所療養介護	調査に伺う場所を記入してください。 施設入所者や病院に入院中の方は施設名を記入してください。				
10 特定入居者生活介護					
今後受けたいと思っているサービス					
調査に伺う場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <<施設名>> 住所 _____ 電話 _____				号室) >>
ご家族の状況	<input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> 夫婦のみ <input type="checkbox"/> _____				
調査時の家族の同席について ※訪問調査に際しては、できる限り、ご家族の同席をお願いいたします。	同席者 <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない 同席者の連絡先等(調査を実施する日程を決めるために連絡させていただきます。) 氏 名 _____ ご本人との関係( ) _____ 住 所 _____ 電話番号 ① _____ ② _____ 連絡の取りやすい曜日・時間帯 ( _____ 曜日 時～ _____ 時の間) 連絡事項 _____				
調査日程の希望 ※基本的に調査は平日に実施します。	<input type="checkbox"/> 特になし(いつでも可能) <input type="checkbox"/> あり(下記にご記入ください) <input type="checkbox"/> 同席者に確認してください 希望する曜日 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 時間帯( _____ 時～ _____ 時の間) その他 _____				
調査の際に配慮すること	筆談や手話が必要、注意点等、事前に調査員に知らせておきたいこと等を具体的にご記入ください。				
現在のお身体の状況 ※入院中の方で病状が不安定な方等は認定調査は実施できません。	・治療中の病名は「術後」「転倒の危険性」「家族等からの聞き取りが必要」等、調査員に伝えたいことを記入してください。 ・麻痺等の有無は _____ ・認知症の診断はありますか? <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 不明				病名( ) _____ 部位( ) _____
右記の手帳をお持ちの方はご記入ください。	・身体障害者手帳 ( _____ 級/部位 _____ ) ・精神障害者保健福祉手帳 _____ 級 ・愛の手帳 _____ 度				