

※介護保険被保険者証(ピンク色)を必ず添付してください。

# 介護保険 要介護・要支援認定申請書

記入例

入 新規 変更 介護 更新 転入継続

紀南 次のおり申請します。 申請 令和 年 月 日

被 保 険 者	介護保険被保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇					
	フリガナ	キナン タロウ					
	氏名	紀南 太良					
	住所	〒519-0000 〇〇市〇〇町〇〇					
保 険 者	前回の要介護認定の結果等	要介護状態区分 ① 2 有効期間 年					
	介護保険施設・医療機関等入院入所状況	(入院・入所施設名) 〇〇〇〇			(入院・入所期間) 〇〇年〇〇月〇〇日～〇〇年〇〇月〇〇日 令和 年 月 日～令和 年 月 日		
		サービスの利用状況	デイサービス・デイケア (事業所名)			(利用日)	
保 険 者	サービスの利用状況	ショートステイ (事業所名) 〇〇〇〇			サービス利用のある方は記入必要です。 (いずれかに記入) 毎月 ( 日 ) ・ 不定期 (利用日) 〇/〇、〇/〇、〇/〇		
	通院の方法	介護保険の乗降介助 (月 〇回)、その他 ( 本人や家族等が申請する場合は記入不要です。 )					
※申請時に、必ず介護保険被保険者証(ピンク色)を添付してください。							
提 出 代 行 者	名称	該当に〇 (地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・介護老人ホーム・介護老人保健施設・介護療養型医療施設・介護医療院) 〇〇〇〇〇〇〇〇〇 (担当ケアマネジャー 〇〇 )					
	住所	〒519-0000 〇〇市〇〇町〇〇 〇〇 電話 医療機関の住所と電話番号は、遠方(尾鷲市～那智勝浦町より遠い)の場合のみ記入してください。					
主 治 医	主治医名	〇〇 〇〇		医療機関名 〇〇病院			
	住所	〒519-0000 〇〇市〇〇町〇〇 〇〇番地 電話番					
医 療 保 険	医療保険情報	※□にチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> 国民健康保険(熊野市・御浜町・紀宝町) <input checked="" type="checkbox"/> 三重県後期高齢者医療保険 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
	被保険者証	※□にチェックを入れた場合のみ記入ください。		保険者名		国民健康保険(熊野市・御浜町・紀宝町) 又は三重県後期高齢者医療保険を チェックした場合は記入いりません。	
				記号	番号		
※写しの添付又は原本の提示をしていただきましたら、記入は不要です。							
第二号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)の申請時における確認事項(特定疾病名)							
※申請時に必ず医療保険証(写し)を添付して下さい。 65歳以上の方は記入不要です。							
介護サービス計画の作成等介護保険事務手続き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、介護認定審査会に及び主治医意見を地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅介護サービス事業 査に従事した調査員に提示すること。 必ず記入。本人が書けない場合は代筆でもかまいません。							
令和 年 月 日				本人署名 紀南 太郎			
※裏面も必ず記入して下さい(転入継続の場合は裏面は記入不要)				(代筆者署名)			
広域連合受付印		市町受付印		〇〇〇〇			
※本人が手書きしない場合は、代筆者が「本人署名」、「代筆者署名」を手書きで記入してください。							
確認欄		被保険者証添付 有 ・ 無 ・ 再交付					

## 認定調査について

要介護認定を受けるにあたり、調査員があなたのところにお伺いして、心身の状態や生活状況等について聞かせていただきますので、認定調査の調整のため、次の事項について

更新申請の場合は、申請理由の記入は不要です。

1. 申請の理由を記入してください（※更新申請の場合は記入不要）

（心身の状態、利用希望の介護サービス等）  
 認知症が進行し、食事や排泄、着替えなどで介護の負担が増えてきたため、ホームヘルプサービスの回数を増やしたい。

2. 認定調査当日の同席者について

同席者	有・無	氏名	紀南 次郎 ----- 紀南 花子	本人との関係	担当ケアマネジャー ----- 娘
-----	-----	----	-------------------------	--------	-------------------------

※本人の日頃の様子（食事、排泄、着替え等の生活動作）等をお聞きしますので、可能な限り日頃の様子を把握している方の同席をお願いします。

3. 認定調査の日程調整はどなたとすればよろしいですか（ケアマネジャーが同席する場合は、日程調整先はできるだけケアマネジャーにさせていただきますようお願いいたします）。

① ケアマネジャー	氏名	紀南 次郎 (事業所名 ○○○○○ )			
	連絡先	(電話番号) ○○○○-○○-○○○○ (携帯番号)			
2. 本人	連絡先	(電話番号) (携帯番号)			
3. 家族等	氏名	紀南 花子	本人との関係	娘	
	連絡先	(電話番号) ○○○○-○○-○○○○ (携帯番号) ○○○-○○○○-○○○○			

※できれば、平日 8 : 30 ~ 17 : 00 に連絡の取れる連絡先をご記入ください。

4. 調査日について、都合の悪い日や曜日、時間帯はありますか。

都合が悪い日がある場合 ※本人及び同席者のご都合をご記入ください。	・日にち (○/○、○/○、○/○ ) ・都合が悪い曜日・時間帯に×をご記入下さい。					
		月曜	火曜	水曜	木曜	金曜
	午 前	×			×	
	午 後	×			×	

5. 調査を行うときの訪問先

訪問先 (どれか1つに○)	① 自宅 2. 病院・施設 (名称: ) 3. その他 ( )				
住所	○○市○○町○○ ○○番地		電話番号	○○○○-○○-○○○○	

※訪問先の地図の写しを添付して下さい。なお、更新申請等で訪問場所が前回と同じ場合は地図の添付は不要です。

6. 認定調査について、伝えておきたいことがあればご記入ください。

(調査時の注意事項、疾病のことなど特に伝えておきたいこと)
(調査時の注意事項、疾病のことなど特に伝えておきたいこと)