

# 介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書

調布市長 宛

次のとおり申請します。

新規・更新・変更・介護・転入

被 保 険 者 本 人	介護保険 被保険者番号				個人番号					
	医療 保 険	保険者名			保険者番号					
		被保険者証		記号	番号		枝番			
	フリガナ				記入日	令和	年	月	日	
	氏 名				生年月日		年		月	日
					性 別					
	住 所 (住民登録地)				〒 _____ 電話番号 ( ) _____					
	上記以外で 現在生活して いる場所 ※該当する場合 のみ記入				(入院・入所施設名等) 所在地 _____ 電話番号 ( ) _____					
	前 回 の 要 介 護 認 定 の 結 果 等	※介護・変 更・更新申 請の場合の み記入				なし / 非該当 / 要支援 1・2 / 要介護 1・2・3・4・5				
		※過去14 日以内に他 自治体から 転入した場 合のみ記入				有効期間 _____年 _____月 _____日 から _____年 _____月 _____日 まで				
				●転出元自治体(区市町村)名[ _____ ]						
				●現在, 転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 <u>はい・いいえ</u> (既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください。)						
				「はい」の場合, 申請日 _____年 _____月 _____日						
申 請 者 等	申請者氏名				本人との 関係					
	申請者住所				〒 _____ 電話番号 ( ) _____					
	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・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設・介護医療院)					
主 治 医	(フリガナ) 医療機関名			(フリガナ) 主治医の氏名						
				診 療 科						
所在地				〒 _____ 電話番号 ( ) _____						

※ 第2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)のみ記入

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, 申請後認定に至るまでの進捗状況, 要介護認定・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・意見及び主治医意見書を, 調布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, 入院・入所中の医療機関若しくは施設の関係人, 主治医意見書を記載した医師, 認定調査に従事した調査員又は家族等に提供することに同意します。

更新申請に限り, 申請から30日以内に認定がされない場合, 認定の有効期間内であれば延期通知の省略に同意します。

本人氏名 \_\_\_\_\_

※市 記 入 欄	調査票	意見書	受理印

《申請する方への確認事項》

認定調査の 立会について	<p>● 認定調査に立会う方がいらっしゃいますか？（どちらかに必ずチェックをいれてください。）</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 立会いを希望する                      <input type="checkbox"/> 立会いを希望しない          ※ 立会いを希望する場合は下記に必要事項を記入してください。       </p>		
	フリガナ		本人との関係 <small>(ケアマネなど家族以外の関係者の場合は所属名も記入)</small>
	立会者氏名		
	日中連絡先 (立会者)	連絡先1: ( )	<input type="checkbox"/> 自宅 ・ <input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> 勤務先 (名称: )
	連絡先2: ( )	<input type="checkbox"/> 自宅 ・ <input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> 勤務先 (名称: )	
主治医への 受診状況 について (※入院中 の方は除 く)	<p>● 主治医への受診状況について、1から3にそれぞれお答えください。</p> <p>1. 受診の頻度          ※ 「薬」だけを得られている場合は除いてください。          :                      年                      回                      /                      月                      回                      /                      週                      回</p> <p>2. 前回の診察日:                      年                      月                      日</p> <p>3. 次回の予定日:                      年                      月                      日</p>		
入院(入所) 中の方に ついて	<p>● 入院(入所)中の状況について、1から4にそれぞれお答えください。</p> <p>1. いつ頃から入院(入所)していらっしゃいますか？          年                      月                      日頃から入院(入所)          (病棟・病室 → )</p> <p>2. <b>入院中の方について</b>質問です。          (1) 入院している理由について教えてください。(例:骨折、脳出血など)          _____          _____</p> <p>(2) 病棟の種類について教えてください。  <input type="checkbox"/> 一般病棟に入院中    <input type="checkbox"/> その他の病棟に入院中(例:結核病棟、集中治療室等)          → _____</p> <p>3. 退院(退所)の予定はありますか？  <input type="checkbox"/> 予定あり (                      年                      月                      日頃)      <input type="checkbox"/> 1か月以内はなし</p> <p>4. おおよそ1か月以内に転院(転所)の予定はありますか？          ※ <b>短期で転院する方については、転院(転所)先での調査になる場合があります。</b>  <input type="checkbox"/> 1か月以内はなし  <input type="checkbox"/> 不明  <input type="checkbox"/> 予定あり (                      年                      月                      日頃 )          転院(転所)先施設名: _____          施設住所: _____          _____          電話番号: _____</p>		

## 《認定調査連絡票》

この連絡票は、認定調査員が訪問調査に伺う際の参考にさせていただきます。  
下記の事項について、身体的な状況等を記入してください。

被保険者 (調査対象者)	被保険者 番 号					被保険者 氏 名																															
申請理由 について	<p>● あてはまる番号に○をしてください。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 認定更新のため。</li> <li>2. 介護保険のサービスを利用したい。(※ 下記に該当する項目チェックしてください。) (<input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> その他)</li> <li>3. 医療関係者にすすめられた。(※ 下記に該当する項目にチェックしてください。) (<input type="checkbox"/> 主治医 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 病院の相談員 <input type="checkbox"/> その他)</li> <li>4. 介護度の見直しを希望するため。(※ 介護申請, 変更申請の方) (<input type="checkbox"/> 重度変更希望 <input type="checkbox"/> 軽度変更希望)</li> <li>5. その他</li> </ol> <p>※ 現在の心身の状態, 病状(入院中の場合は入院理由を含む), 生活状況及び申請した目的等に関して, 下記枠内に詳しく記入してください。</p> <div style="border: 1px solid black; height: 150px; margin-top: 10px;"></div>																																				
認定調査 の日程に ついて	<p>● 毎週、定期的に都合の悪い曜日・時間帯に『×』を記入してください。 (※ 原則、土日祝日に調査は行っていません。また、日程調査につきましては、後日、立会人(本人)と調整のうえ決定します。)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th colspan="2">月曜日</th> <th colspan="2">火曜日</th> <th colspan="2">水曜日</th> <th colspan="2">木曜日</th> <th colspan="2">金曜日</th> </tr> <tr> <th>午前</th> <th>午後</th> <th>午前</th> <th>午後</th> <th>午前</th> <th>午後</th> <th>午前</th> <th>午後</th> <th>午前</th> <th>午後</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </tbody> </table>							月曜日		火曜日		水曜日		木曜日		金曜日		午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後										
月曜日		火曜日		水曜日		木曜日		金曜日																													
午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後																												
備 考	<p>※ 現在利用しているサービスや回数等について記入してください。</p> <p>※ 自宅に表札がない場合や、ペットがいる場合などについても教えてください。</p>																																				
<p>《市記入欄》</p> <p>① 「くらしの案内」配付      <input type="checkbox"/> 済   <input type="checkbox"/> その他(      )</p> <p>② 入院中のおむつ代助成案内      <input type="checkbox"/> 済</p>						<p>調布市役所 福祉健康部 高齢者支援室 介護認定係</p> <p>電話番号:042-481-7016</p> <p>メー ル:kaigo@city.chofu.lg.jp</p>																															

認定調査票提出時、当資料は調査票と一緒に戻してください