

介護保険 要介護認定更新・要支援認定 申請書 表面 記入例

第1号様式(第3条,第10条,第11条関係)

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

介護保険 被保険者番号	0 1 0 0 0 1 0 0 1 0 1 0 1 0 1 0 1 0	個人番号	②		
医療保険 被保険者番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	保険者番号	00000000		
被保険者証 記号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	番号	00000000		
フリガナ	チヨウフ タロウ	記入日	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日		
氏名	調布 太郎	生年月日	昭和 〇〇年 〇〇月 〇〇日		
		性別	男		
住所 (住民登録地)	〒182-8511 調布市小島町2-35-1 電話番号 042 (481) 7511				
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) 〇〇〇病院 所在地 〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町1-2-3 〇〇〇(〇〇〇〇) 〇〇〇〇				
前回の要介護認定 結果等	なし / 非該当 / 要支援 1・2 / 要介護 1・2・3・4・5 有効期間 年 月 日 から 年 月 日まで				
※介護・変更・更新申請の場合のみ記入	●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。 [はい/いいえ] (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				
申請者氏名	調布 花子	本人との関係	妻		
申請者住所	〒182-8511 調布市小島町2-35-1 電話番号 042 (481) 7511				
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・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)				
(フリガナ) 医療機関名	〇〇〇病院	(フリガナ) 主治医の氏名	調布 次郎 先生		
		診療科	整形外科		
所在地	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町1-2-3 〇〇〇(〇〇〇〇) 〇〇〇〇				

※ 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	⑨
-------	---

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者、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	調布 太郎	⑩	調査票	意見書	受理印
		※市記入欄			

① 該当する申請区分にチェックを入れてください。

② 個人番号(マイナンバー)を御記入ください。**未記入の場合でも受付可能です。**個人番号を記入する場合は、調布市のホームページ「介護保険制度におけるマイナンバー対応」を御参照ください。

③ 医療保険情報を御記入ください。**未記入の場合でも受付可能です。**
《記入方法》
例1) 調布市の被保険者で東京都国民健康保険に加入している場合
保険者(交付者)名: 東京都調布市 保険者番号: 138313
記号: 31-2桁の数字 番号: 4桁の数字 枝番: 2桁の数字(01~99)
例2) 調布市の被保険者で後期高齢者医療被保険者に加入している場合
保険者名: 東京都後期高齢者医療広域連合 保険者番号: 39132089
記号: 空欄 番号: 8桁の数字 枝番: 空欄

④ 病院や施設、親族の家など、住民登録地以外で生活している場合は、必ず御記入ください。
なお、入院中・施設入所中の場合は、裏面の【入院(入所)中の方について】も必ず御記入ください。

⑤ 転入前の市区町村で認定をお持ちの方は記入してください。また、申請中の方は申請状況についてお答えください。

⑥ 窓口いらっしゃる方・郵送される方の氏名等を御記入ください。被保険者御本人様が申請される場合でも、御記入をお願いします。

⑦ 事業所が申請代行する場合のみ御記入ください。
※ 介護保険法に基づき、申請代行ができるのは、申請書に印字されている事業所です。その他の事業所では申請代行できません。

⑧ 主治医意見書の記入を依頼する医療機関名、主治医の氏名及び診療科を御記入ください。依頼は調布市が行います。
診察時に介護保険の申請をした旨を主治医にお伝えください。

⑨ 第2号被保険者(40~64歳)の方は、特定疾病名を記入してください。**また、医療保険の被保険者証の写しの添付を必ずお願いします。**

⑩ ⑩の内容をお読みいただき、同意される場合には、左下の被保険者氏名を御記入ください。

介護保険 要介護認定更新・要支援認定 申請書 裏面 記入例

認定調査連絡票 記入例

立会いを希望する場合、平日の日中に連絡がつく立会者の連絡先を記入してください。担当者より、認定調査の日時について連絡いたします。

● 認定調査に立会う方がいる場合は、下記の欄に立会者の氏名、フリガナ、日中連絡先(携帯電話を含む)を記入してください。

☑立会いを希望する場合は下記の欄に立会者の氏名、フリガナ、日中連絡先(携帯電話を含む)を記入してください。

※ 立会いを希望する場合は下記の欄に立会者の氏名、フリガナ、日中連絡先(携帯電話を含む)を記入してください。

フリガナ: チョウフ ハナコ

立会者氏名: 調布 花子

本人との関係: 妻

日中連絡先: 連絡先1: 042 (481) 7016

☑自宅 ・ ☐携帯電話: _____

☐勤務先 (e-mail): _____

☐自宅 ・ ☐携帯電話: _____

☐勤務先 (e-mail): _____

主治医への受診状況について: (※入院中の方は除く)

1. 受診の頻度: _____

※ 「薬」だけもらっている場合は、記入してください。

2. 前回の診察日: 年 国 / 月 1 回 / 週 回

2. 前回の診察日: 令和6 年 4 月 1 日

3. 次回の予定日: 令和6 年 5 月 1 日

● 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。

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 →)

2. 入院中の方について質問です。

(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) _____

(2) 病棟の種類について教えてください。

☐ 一般病棟に入院中 ☐ その他の病棟に入院中(例:結核病棟、集中治療室等) _____

3. 退院(退所)の予定はありますか? _____

☐ 予定あり (年 月 日頃) ☐ 1か月以内はなし

4. おおよそ1か月以内(1か月以内)の退院(退所)の予定はありますか? _____

※ 短期で転院する方に限って、転院(転所)先での調査になる場合があります。

☐ 1か月以内はなし

☐ 不明

☐ 予定あり (年 月 日頃)

転院(転所)先: _____

施設住所: _____

電話番号: _____

前回の受診から1か月以上経過している場合は、受診が必要となる場合があります。

入院中の状況によっては認定調査が実施できない場合があります。

認定調査の対象となる方の介護保険被保険者番号、お名前を記入してください。

被保険者(調査対象者) 被保険者番号: 0000 被保険者氏名: 調布 太郎

● あてはまる番号に○をしてください。

1. 認定更新のため。

2. 介護保険のサービスを利用したい。(☐ デイサービス ☐ 訪問介護 ☐ 訪問看護 ☐ 訪問リハビリ ☐ 介護予防サービス)

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。)(☐主治医 ☑看護師 ☐病院の相談員 ☐その他)

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)

5. その他 _____

※ 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。

申請理由について:

- 転倒により右大腿骨骨折、入院中。
- 現在、歩行時は杖を使用。退院後、自宅に手すりの設置を希望。

調査員が調査に伺う際の参考となりますので、できるだけ詳しく記入してください。

● 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。)

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
×				×				×

※ 現在利用しているサービスや回数等について記入して下さい。

※ 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。

備考: ペット 自宅内に犬2匹

定期的に都合の悪いところに「×」をつけてください。

備考欄について、例の他にも調査時の注意事項など、調査員に事前に伝えておきたいこと等ありましたら記入してください。

《市記入欄》

① 「ら」の案内配付 ☐済 ☐その他()

② 入院中のおむつ代助成案内 ☐済

調布市役所 福祉健康部 高齢者支援室 介護認定係

電話番号:042-481-7016