

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。

①

☒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		0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0		個人番号	②	
	医療 保 険	保険者名	〇〇県後期高齢者医療広域連合		保険者番号	00000000	
		被保険者証	記号		番号	00000000	枝番
	フリガナ		チョウフ 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	
	住 所 (住民登録地)		〒182-8511 調布市小島町2-35-1		性 別	男	
					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・入所施設等) 〇〇〇病院 ④				
			所在地 〒000-0000 〇〇市〇〇町1-2-3		000 (0000) 0000		
	人	前 回 の 要 介 護 認 定 の 結 果 等	⑤ 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					
		⑥ ●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 等	申請者氏名		調布 花子 ⑦		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)				
			⑧				
主 治 医	(フリガナ) 医療機関名	〇〇〇病院		⑨	(フリガナ) 主治医の氏名	調布 次郎 先生	
	所在地	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町1-2-3			診 療 科	整形外科	

※ 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	⑩
-------	---

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人、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 ⑪ 調布 太郎

※市 記 入 欄	調査票	意見書	受理印

- ① 該当する申請区分にチェックをしてください。区分は下記のとおりです。
 【新規】要介護・要支援認定を受けていない者が、新たに認定を求める場合
 【更新】要介護・要支援認定を受けている者が、有効期間満了日の60日前から有効期間満了日までの間に認定の更新を求める場合
 【変更】要介護認定を受けている者が、状態の変化等により、要介護度の変更を求める場合
 【介護】要支援認定を受けている者が、状態の変化等により、要介護度の変更を求める場合
 【転入】要支援・要介護認定を他自治体で受けていた者が、転入後14日以内に認定の継続を求める場合

- ② 個人番号(マイナンバー)は未記入で構いません。個人番号を記入する場合は、調布市ホームページ「介護保険制度におけるマイナンバー対応」を参照してください。
 (https://www.city.chofu.lg.jp/060040/p034000.html)

- ③ 医療保険情報を記入してください。なお、未記入の場合でも受付は可能です。
 <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、必ず記入してください。なお、入院中・施設入所中の場合は、裏面の入院・施設入所状況欄も記入してください。

- ⑤ 申請区分が「更新」・「変更」・「介護」の場合、申請前現在の認定内容を記入してください。

- ⑥ 申請区分が「転入」の場合のみ記入してください。

- ⑦ 窓口にいらっしゃる方・郵送される方の氏名等を記して入ください。なお、被保険者御本人様が申請される場合でも、必ず記入をお願いします。

- ⑧ 事業所が申請代行する場合のみ記入してください。
 ※ 介護保険法に基づき申請代行をすることができるのは、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者及び介護保険施設に限られます。

- ⑨ 主治医意見書の作成を依頼する医療機関名、主治医氏名及び診療科を記入してください。記載された医療機関宛に市から作成の依頼をしますので、受診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。なお、受診の状況によっては、主治医が意見書の作成ができないと判断する場合がありますので御注意ください(裏面参照)。

- ⑩ 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。なお、マイナンバーを利用した情報連携で医療保険加入情報が確認できない場合は、資格確認書等の提出等をもって確認をさせていただく場合があります。

- ⑪ 内記載内容を確認し、同意の場合は、本人(被保険者)氏名を記入してください。

介護保険 要介護認定更新・要支援認定 申請書 裏面 記入例

※ 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。担当者から認定調査の日時について連絡します。

認定調査の立会いに、
ついて、

● 認定調査に立会う方が
☒ 立会いを希望する ☐ 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。

フリガナ:	チョウフ ハナコ	本人との関係:
立会者氏名:	調布 花子	妻
日中連絡先: (立会者)	連絡先1: 042 (481) 7016 連絡先2: ()	☒ 自宅 ・ ☐ 携帯電話: ☐ 勤務先 (e.g.:) ☐ 自宅 ・ ☐ 携帯電話: ☐ 勤務先 (e.g.:)

主治医への
受診状況
について、
(※入院中
の方は除
く。)

在宅生活の場合記入

2. 前回の診察日: 年 月 日 / 週 日
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

前回受診から1か月以上経過している場合は、医療機関から再受診を求められたり、意見書を作成できないと判断される場合もありますので、事前に確認してください。

施設入所・医療機関入院中の場合記入

(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か月以内に転院(転所)予定はありますか?
※ 短期で転院する方について (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)先施設名:
施設住所:
電話番号:

施設入所や医療機関入院の状況を記入してください。
なお、入院中の状況(ICUや感染症病棟等)によっては、認定調査を保留とする場合があります。

認定調査連絡票 記入例

《認定調査連絡票》

認定調査の対象となる方の介護保険被保険者番号、氏名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
-----------------	-------------	------	-------------	-------

申請理由
について、

● 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)
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。)
(口主治医 ☒ 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。

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資料となりますので、申請理由や日頃の状況などをできるだけ詳しく記入していただきますようお願いします。

認定調査
の日程に
ついて、

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
X				X				X	

※ 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、ベットのいる場合などについても教えてください。

備考

定期的に通合の悪いところに「X」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 「らしの案内」配付 ☐ 済 ☐ その他() 係
② 入院中のおむつ代助成案内 ☐ 済 ☐ 係
調布市役所 福祉健康部 高齢者支援室 介護認定
電話番号: 042-481-7016