R8.4月～使用様式

介護保険　要介護認定・要支援認定等申請書

該当するものに〇⇒《 新規 ・ 更新 ・ 変更 ・ 転入 》

受付印

鳥栖地区広域市町村圏組合管理者　様

次のとおり申請します。

申請年月日	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日							
被保険者	被保険者番号	0 9 0 1 2 3 4 5 6 7	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2				
	医療保険 保険者名	佐賀県後期高齢者医療広域連合	保険者番号	39412010				
	医療保険 被保険者証	記号 ー	番号	12345678	枝番	ー		
	フリガナ	ト ス　タ ロ ウ	生年月日	明・大 昭 〇〇年〇〇月〇〇日				
	氏名	鳥 栖　太 郎	性別	男 ・ 女	年齢	〇〇 歳		
	住所（住民票上）	〒 △△△－△△△△ （電話番号） 〇〇〇〇 － ×× － △△△△ 〇〇市〇〇町△丁目△△△△－△						
	前回の要介護認定の結果等	要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5						
		有効期間 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 ～ 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日						
	変更申請の場合の理由							

申請者氏名	鳥 栖　花 子	本人との関係	妻
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）		
申請者住所	〒 △△△－△△△△ （電話番号） 〇〇〇〇 － ×× － △△△△ 〇〇市〇〇町△丁目△△△△－△		

主治医	病院名	〇〇病院	（フリガナ）主治医氏名	カイゴ　イチロウ 介護　一郎	最終受診日	〇〇月〇〇日
					次回受診予定日	〇〇月〇〇日
	所在地	〒 〇〇〇－〇〇〇〇 （電話番号） 〇〇〇〇 － △△ － ××××				
		〇〇市△－△－△				

第2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入　※**医療保険証**の写しを添付してください。

特定疾病名	脳血管疾患

① 要介護・要支援認定等の申請に伴い、管理者が調査員に調査を依頼する場合、また主治医に意見を求める場合、管理者がそれぞれに個人情報等を提供することに同意します。
② 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・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書、鳥栖地区広域市町村圏組合が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、鳥栖地区広域市町村圏組合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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する（地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。）ことに同意します。

被保険者氏名　鳥栖　太郎

代筆者氏名　鳥栖　花子　（続柄　妻　）

↑代筆の場合は両方にご記入ください。

※ 裏面についてもご記入ください。

※本人の住所地において、認定結果通知等の管理が困難な場合は、別途送付先変更届を提出してください。

□変更なし（住民票と同じ）
□変更あり ┌ □提出済 □今回提出 □前回から変更

↑窓口で記入　〒で変更済

項目	入力	被保証	2号	転入	PDF	担当
チェック	✓	✓			✓	
内容	MCWELへの入力	介護保険被保険者証の添付	健康保険被保険者証写の添付	転入日の確認（介護度の引継は2週間以内）	PDF（FAX）の送付	〇〇

← ※必ず窓口にて各項目ごとに確認・記入

記入例

＜　記入の際の注意点　＞

●個人番号カード、通知カード、番号記載の住民票等で確認してください。

●医療保険の情報を記入してください。

４０～６４歳までの人で医療保険加入者（2号被保険者）は次のいずれかが必要です。
・マイナポータルにより確認できる医療保険情報を記入した第三者による申請書空白部分へのサイン
・「資格情報のお知らせ」または「資格確認書」の写しの添付

●住民票に記載されている住所を記入してください。

●変更申請の場合のみ具体的に記入してください。
（例：筋力の低下により歩行ができず、車椅子を常用し、立ち上がりにも介助を要する為など）

●申請をされる方の氏名を記入してください。
提出代行できる　：　地域包括支援センター、指定居宅介護支援事業者、介護保険施設、社会保険労務士及び成年後見人等
提出代行できない　：　認知症対応型共同生活介護（グループホーム）、小規模多機能居宅介護、特定施設入所者生活介護（介護付有料老人ホーム等）
※職員による代理申請

注 提出代行とは、被保険者本人の意思に基づき、申請書提出を被保険者に代わって行うもので

●大学病院等については、専門的な治療を行う事により主治医意見書の記入を断られる事が多々あります。
できるだけ近隣のかかりつけ医に主治医記入をお願いしてください。

●１６の特定疾病にあてはまるかを確認してください。
※特定疾病については、介護保険ガイドブックを参照

●署名上記の内容をよくお読みのうえ、記入してください。
ただし、代筆した場合は、本人の氏名を記入のうえ、代筆者の氏名をご記入してください。

●必ず記入をお願いします。
郵便局で転送手続きをしている場合は余白に記入をお願いします。

記入例

要介護・要支援（☑新規 □更新 □変更 □転入） 認定申請確認票

申請日 4/1

☆ 訪問調査員に事前に状況をお知らせするために、下記の内容についてご記入ください。

被保険者番号	0	9	0	1	2	3	4	5	6	7

（フリガナ）被保険者氏名	トスタロウ 鳥栖　太郎
生年月日	明・大・昭 ○○年 ○○月 ○○日
年齢	○○ 歳

●必ず記入してください。

① 現在いる所を記入してください。（調査予定場所）

□自宅 ☑病院に入院 □施設に入所 □ショートステイ利用 □家族宅等 □その他

名称（家族等の氏名）	○○病院	電話番号	○○○○－△△－××××
住所	〒 △△△－△△△△ ○○市△－△－△　○○病棟　（5 階　○○○ 号室）		
期間	令和 ○年 ○○月 ○○日 ～ 令和 ○年 ○○月 ○○日予定		

●現在いる所（アパート等は部屋番号まで）を自宅の場合でも記入してください。
なお、病院の場合は病棟や病室番号も記入してください。

※ 現在、医療機関等にご入院中の場合は以下を必ず確認してください。
状況によっては申請取下げになる場合もあります。
・退院の目途がついているか、（申請日から１ヶ月～１ヶ月半が目安）
・医療行為を終えて身体状態が安定しているか

上記場所から過去1ヶ月間に入院及び入所されていた場合は下記に記入してください。
また、上記場所から今後2週間以内に変更の予定がある場合は下記に記入してください。

□自宅 □病院に入院 □施設に入所 □ショートステイ利用 ☑家族宅等 □その他

名称（家族等の氏名）	鳥栖　一郎	電話番号	○○○○－△△－××××
住所	〒 △△△－△△△△ ○○市○○町△丁目△△△△－△　（3 階　○○○ 号室）		
期間	令和 ○年 ○○月 ○○日 ～ 令和　年　月　日		

●上記の場所から過去１ヶ月間に入院及び入所されていた場合、
今後２週間以内に変更の予定がある場合は必ずご記入ください。
※なお、入院の場合は入院の理由を余白部分にご記載ください。

② 訪問調査の連絡先を記入してください。

調査の立会い ☑あり □なし

氏名	鳥栖　桜子	本人との関係	☑同居家族 □別居家族 □その他（例：夫、妻 子、嫁 など）嫁
電話番号	○○○－××××－△△△△ （日中、つながる電話番号）		

※ 調査時にお立会いがなくても後日電話で聞き取りなどをする場合もございますので必ずご記入お願いします。

●家族の立会の有無にチェックしてください。

●訪問調査の日程調整のご連絡先・氏名・本人との関係性を記入してください。
在宅の場合は、ご家族の氏名、日中つながる電話番号を必ず記入してください。
入院中・もしくは施設入所中の場合は、担当の看護師・相談員を記入してください。
※ご家族も立ち合い希望の場合は、氏名・連絡先を余白若しくは④の調査時の注意点にご記入ください。

③ 訪問調査について都合が**悪い曜日・時間帯のみ×**をつけてください。

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
午前		×			
午後			×		

□ 特になし
※土曜日希望

●訪問調査の日程について、<u>都合が悪い曜日・時間帯に×</u>をつけてください。
※希望日がある場合・ 土曜日希望の場合（絶対に平日の調査が難しい方のみ）は
余白に記入をお願いします。

④ 調査時の注意点（調査時に気をつけて欲しいことなどを記入してください）

（例：本人が病名を知らないので言葉に気をつけてほしい、別室での聞き取り調査、難聴で筆談を要する など）

入院中に調査の場合はご家族も立会希望されています。 鳥栖　花子（妻） ○○○－△△△△－××××

調査後に聞き取り希望。 鳥栖桜子（嫁） ○○○－××××－△△△△ 月～金 9：00～11：00の間

□ 特になし　認知症 ☑あり □なし □不明

●訪問調査にあたって配慮することなどを具体的に記入してください。
（難聴のため、大きな声で調査してください等）

●認知症の有無は必ず記入をお願いします。

⑤ 介護保険で利用（予定）しているサービスにチェックし、現在ご利用中の方は（ ）の中に事業所名を記入してください。

☑通所介護（デイサービス）（ ○○○○○○事業所 ）　□福祉用具貸与・購入費の支給
□通所リハビリテーション（デイケア）（ ）　□住宅改修費の支給
□訪問介護（ホームヘルプサービス）（ ）　□短期入所（ショートスティ）（ ）
□訪問入浴介護　□訪問看護
□施設入所（ ）　□その他（ ）

●利用（予定）のサービスに必ずチェックしてください。

現在ご利用中の方は、必ず事業所名を記入してください。

⑥ ケアマネジャーがすでに決まっている方は記入してください。（訪問調査後にお伺いする場合があります。）

事業所名：　○○○居宅介護支援事業所
氏　　名：　みやき　一郎

●訪問調査後に被保険者様のご状態をお伺いする場合があります。
担当ケアマネがいる方は必ずご記入ください。