

■申請の際は、別紙「認定調査連絡票」を添付してください。

介護保険 要介護認定・要支援認定申請書

武蔵野市長 殿

次のとおり申請します。

(新規 更新 変更 転入)

※太線の枠内をお書きください。

| | | | | | | | | | | |
|---|-----------------------------|--|----------|--|-------|---|-------------------|-------|-----|--|
| | | 記入日 | | 年 | | 月 | | 日 | | |
| 被 保 者 | 被保険者番号 | 0000 | | 個人番号 | | | | | | |
| | フリガナ | | | 生年月日 | 明・大・昭 | | 年 | | 月 日 | |
| | 氏名 | | | 性別 | 男 | | ・ | | 女 | |
| | 住所 | 〒 — | | 電話番号 | | | | | | |
| | 入所・入院中の方 | 施設入所中 ・医療機関入院中 | 種類 | 特別養護老人ホーム ・ 老人保健施設 ・ 有料老人ホーム ・ グループホーム ・ 病院 ・ その他 () | | | | | | |
| 施設名または 医療機関名 | | | | | | | | | | |
| 所在地 | 〒 — | | 電話番号 | | | | | | | |
| 主 治 医 | ❖施設の場合は施設担当医をご記入ください。 | | | 医療機関名 | | | | | | |
| | 主治医名 | | | 診療科名 | 科 | | 最近の受診日 又は受診予定日 | 年 月 日 | | |
| | 所在地 | 〒 — | | 電話番号 | | | | | | |
| 問 い 合 わ せ 先 | フリガナ | | | 本人との 関係 | | | 電話番号 | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | |
| | 住所 | 〒 — | | 電話番号 | | | | | | |
| ※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「送付先設定届」を提出してください。 | | | | | | | | | | |
| 該 当 者 の み 記 入 | 提出代行者 (事業所が提出 する場合) | 名称 | 担当者名 () | | | | | | | |
| | | 所在地 | 〒 — | | 電話番号 | | | | | |
| | 前回の認定結果 (更新・変更申請 の場合) | 状態区分： 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 事業対象者 有効期間： 年 月 日 から 年 月 日 まで | | | | | | | | |
| | 申請理由 (変更申請の場合) | | | | | | | | | |
| | 医療保険者名 | | | 医療保険証 | 記号 | | 番号 | | | |
| ◆第2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者) ※第2号被保険者の方のみ医療保険証のコピーを添付してください。 | | | | 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、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、及び利用者負担割合を武蔵野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示することに同意します。

本人氏名

| |
|--------------|
| 申請受付日 |
| |

| | | | | | | | | | | |
|--|--|----------------|------|-------|-------|-----------------|------|-------------------|--|------|
| 番号確認 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> その他() 身元確認 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 医療保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他() | | | | | | | | | | 確認者印 |
| 受付場所(氏名) | | 被保険者証回収 | | 資格者証 | 給付制限 | 備考 | | | | |
| 高齢者支援課 () | | 回収 | 紛失 | 未回収 | なし | | あり | → 保険証送付可・保険証収納担当へ | | |
| 調査員所属(氏名) | | 申請入力 | 調査依頼 | 意見書依頼 | 意見書回収 | 新規・転入の場合 | | 高齢者支援課受領日 | | |
| () | | | | / | / | 限度額 | ケアマネ | 負担割合証 | | |

認定調査連絡票

更新用

下記にご記入の上、申請書と一緒にご提出ください。

| | |
|---|--|
| 被保険者 (本人) | フリガナ |
| | 氏名 |
| 現在の生活場所 (いずれかに <input checked="" type="checkbox"/>) | <input type="checkbox"/> 在宅 (住民登録地) <input type="checkbox"/> 入院(所) 名 称 () 病 棟 ()) 病室等 () 所 在 地 () 電 話 番 号 () ※入院の場合は、簡単な状況(入院の経緯や病気のご様子など)をご記入下さい。 |
| | ※退 院(所)の予定 あり (月 日) ・ なし <input type="checkbox"/> その他(ご家族の家に居る場合等) (名称・ご家族等の氏名) (住 所) (電話番号) |
| <p>●調査時にご家族等の立会いは希望されますか。 (調査は月～金曜日の午前9時～午後4時の間で実施します。)</p> <p><input type="checkbox"/> 希望しない</p> <p><input type="checkbox"/> 希望する 立会いされる方</p> <p>フリガナ 氏 名 () 続 柄 () 日中の連絡先 () (電話番号) ()</p> <p>●その他調査時に留意してほしいこと等がありましたらご記入下さい。 例： 本人耳が遠いので大きな声で話して欲しい 等</p> | |

* 調査時にご家族等の立会い希望があるときは、日程調整のため調査員から事前にご連絡させていただきます。※入院(所)先の都合で立合いができない場合がありますので、ご希望される場合には、あらかじめ病院・施設にご確認の上、ご記入をお願いします。

* 入院・入所中の場合、ご家族等の立会い希望がないときは、調査員が直接、病院・施設等に連絡して調査に伺います。

■申請の際は、別紙「認定調査連絡票」を添付してください。

介護保険 要介護認定 更新申請書

記入例

武蔵野市長 殿

次のとおり申請します。

(新規 更新 変更 転入)

「更新」にチェック

※太線の枠内をお書きください。

| | | | | |
|---|-------------------------|---|--|---|
| 被 保 険 者 | 被保険者番号 | 0000000000 | 記入日 | 〇〇年〇月△日 |
| | フリガナ | 〇〇〇〇 〇〇〇〇 | 個人番号 | 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 |
| | 氏名 | 〇〇 〇〇 | 生年月日 | 明・大・昭 〇年〇月〇日 |
| | 住所 | 〒180-0000 武蔵野市〇〇町〇-〇〇-〇〇 | 性別 | 男・ 女 |
| 入 所 者 | 入所・入院中の方 | 施設入所中 医療機関入院中 | 種類 | 特別養護老人ホーム 老人保健施設 有料老人ホーム グループホーム 病院 |
| | 施設名または医療機関名 | ◆◆病院 | | |
| | 所在地 | 〒180-0000 武蔵野市△△町〇-〇〇-〇〇 | 電話番号 | 0422-xx-xxxx |
| 主 治 医 | ※施設の場合は施設担当医をご記入ください。 | | 医療機関名 | ◆◆病院 |
| | 主治医名 | ◇◇ ◇◇ | 診療科名 | 〇〇科 最近の受診日 又は受診予定日 〇〇年□月×日 |
| | 所在地 | 〒180-0000 武蔵野市△△町〇-〇〇-〇〇 | 記入された医療機関に市から意見書作成を依頼します | |
| 問 い 合 わ せ 先 | フリガナ | 〇〇〇〇 △△△△ | 本人との関係 | 夫 |
| | 氏名 | 〇〇 △△ | 電話番号 | 090-xxxx-xxxx |
| | 住所 | 〒180-0000 武蔵野市△△町〇-〇〇-〇〇 ※本人の住所地において認定結果通知等の管 | 申請者や家族・知人・後見人等、今回の申請についてのお問い合わせ先をご記入ください ※通知書等の送付先ではありません | |
| 該 当 者 の み 記 入 | 提出代行者 (事業所が提出する場合) | 名称 | 居宅介護支援事業所・介護保険施設が代行で提出する場合には必ず記入してください | |
| | 前回の認定結果 (更新・変更申請の場合) | 状態区分 | 要支援 1・2 | 要介護 ①・2・3・4・5 事業対象者 |
| | 申請理由 (変更申請の場合) | 変更申請の場合には必ず記入してください | | |
| | 医療保険者名 | 医療保険加入済の方は記入してください | | |
| ◆第2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者) ※第2号被保険者の方のみ医療保険証のコピーを添付してください。 | | | | |

介護サービス計画の内容、介護認定審査会、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示することに同意します。

40~64歳の方が申請する場合のみ記入し、医療保険証のコピーをご提出ください

本人氏名 〇〇 〇〇

記載内容に同意していただける場合には被保険者本人の氏名をご記入ください

| | | | |
|-----------|---|------|---|
| 番号確認 | <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> その他() | 身元確認 | 1点 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 2点 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> |
| 受付場所(氏名) | 被保険者証回収 | | |
| 高齢者支援課() | 回収 | 紛失 | 未回収 |
| 調査員所属(氏名) | 申請入力 | 調査依頼 | 意見書依頼 |
| | | | 意見書回収 |
| | | | 新規・転入の場合 |
| | 限度額 | ケアマネ | 負担割合証 |
| | | | 高齢者支援課受領日 |

記入例

認定調査連絡票

更新用

下記にご記入の上、申請書と一緒にご提出ください。

| | |
|--|--|
| 被保険者 (本人) | フリガナ ○○○○ ○○○○ |
| | 氏名 ○○ ○○ |
| <input type="checkbox"/> 在宅 (住民登録地) <input checked="" type="checkbox"/> 入院(所) 名称 (◆◆病院) 病棟 (○号室) 所在地 (武蔵野市△△町○-○○-○○) 電話番号 (0422-××-×××××) ※入院の場合は、簡単な状況(疾病名や経過など)をご記入下さい 脳梗塞になり、○年○月から入院している ※退院(所)の予定 あり ○ 月△ <input type="checkbox"/> その他(ご家族の家に居る場合等) (名称・ご家族等の氏名) (住所) (電話番号) | いずれかにチェック 現在の生活場所 (いずれかに <input checked="" type="checkbox"/>) 入院している理由を分かる範囲で記入してください |

●調査時にご家族等の立会いは希望されますか。

(調査は月～金曜日の午前9時～午後4時の間で実施します。)

- 希望しない
- 希望する → 立会いされる方

いずれかにチェック

フリガナ ○○○○ △△△△

氏名 (○○ △△)

続柄 (夫)

平日午前9時～午後4時に連絡のつく電話番号

日中の連絡先 (電話番号) (090-××××-××××)

●その他調査時に留意してほしいこと等がありましたらご記入下さい。

例：本人耳が遠いので大きな声で話して欲しい 等

「本人には病名を知らせていない」等、何かあれば具体的に記入してください。

認定調査の所要時間は約1時間です。

ご本人からの聞き取りだけでは現状・生活の様子が十分に把握できない場合等には、ご家族等の立会いをお願いしています。(場合により、別室等でお話を伺うこともあります。)

施設入所中・入院中の場合には、ご家族等の立会いの有無にかかわらず、施設・病院職員からも日頃の生活状況等について聞き取りを行います。