

■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	〒 —		※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**

---

<b>申請受付日</b>

＜事務処理欄＞

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"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他( ) 2点 <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
高齢者支援課 ( )		回収	紛失	未回収	なし あり
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

新規 変更

調査員が訪問する際の参考にします。下記太枠内の該当する□にチェックを入れ具体的に記入してください。

フリガナ		東・南・御・本・北・中・西・緑・八・関・境・境南・桜	明大昭	年	月	日
氏名	住所	生年月日	( 歳)			
申請理由	◆◆申請のきっかけ、治療中の病気、生活で困っていること等を記入してください。◆◆					
生活状況	<input type="checkbox"/> 家族と同居( )		<input type="checkbox"/> ひとり暮らし			
障害者手帳の有無	<input type="checkbox"/> 有 ( 級) 障害名( )		<input type="checkbox"/> 無			
希望するサービス	<input type="checkbox"/> ホームヘルプサービス		<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> 訪問入浴サービス	<input type="checkbox"/> 施設入所	<input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> デイサービス・デイケア		<input type="checkbox"/> ショートステイ	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与・購入	<input type="checkbox"/> 住宅改修	( )
現在の生活場所	<input type="checkbox"/> 在宅 (住民登録地) <input type="checkbox"/> 病院に入院中 または 施設に入所中 名称 ( ) 病棟 ( ) 病室等 ( ) 病院・施設所在地 ( ) 電話番号 ( ) ◆いつから入院(所)していますか ( 年 月 日から ) ◆退院(所)の予定はありますか <input type="checkbox"/> あり ( 月 日/未定) <input type="checkbox"/> なし ※(上記で「ある」と答えた方) ◆退院(所)後のご予定は <input type="checkbox"/> 転院( ) <input type="checkbox"/> 在宅へ <input type="checkbox"/> その他 (ご家族の家に居る場合等) 住所 ( ) 名称(ご家族等の氏名) ( ) 電話番号 ( )					
調査時の立会い	<input type="checkbox"/> 希望しない ※調査は月～金曜日の午前9時～午後4時の間で実施します <input type="checkbox"/> 希望する ※立会い希望の方には事前にお電話させていただきます フリガナ ( ) 続柄 ( ) 氏名 ( ) 日中の連絡先 ①( ) (電話番号) ②( )					
調査時配慮すること	◆◆事前に調査員に伝えておきたいこと等があれば記入してください。◆◆					

## <事務処理欄>

申請者	申請日	受付	相談記録	他機関への連絡	在支同行	希望日時	認定調査員
本人	/	高支( )	有・無	未・済	有・無	/ :	FAX送付 ( )
家族( )		包括( )		高支( )		担当者	
ケアマネ ( )		在支( )		包括( )	在支( )	/ :	
		障福・生福( )		障福・生福( )			
		郵送					

■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)

いずれかにチェック

※太線の枠内をお書きください。

被保険者番号		0000000000	個人番号	0000000000000000
フリガナ		〇〇〇〇 〇〇〇〇	生年月日	明・大・昭 〇 年 〇 月 〇 日
氏名		〇〇 〇〇	性別	男 ・ 女
住所		〒 180 - 0000 武蔵野市〇〇町〇-〇〇-〇〇 電話番号 0422-xx-xxxx		
入所・入院中の方	施設入所中	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	
	医療機関入院中	種類	病院	
施設名または医療機関名		◆◆病院 施設入所中・入院中の場合や、住民登録地以外の場所に居る場合に記入してください		
所在地		〒 180 - 0000 武蔵野市△△町〇-〇〇-〇〇 電話番号		
主治医名		◆◆病院 医療機関名		
診療科名		〇〇科 最近の受診日又は最終受診日 〇〇年 〇月 〇日		
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		
フリガナ		本人との関係	夫	電話番号 090-xxxx-xxxx
氏名		〇〇 △△ 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		
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送付先として利用する場合は、必ずここに記入してください。		
提出代行者	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		
	所在地	〒 〇〇〇〇-〇〇〇〇 電話番号		
前回の認定結果		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		〇〇年 〇月 〇日 から △△年 〇月 〇日 まで		
申請理由		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		医療保険証記号	番号	
◆第2号被保険者		医療保険加入済の方は記入してください		

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

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	備考
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

新規 変更

記入の際の参考にします。下記太枠内の該当する□にチェックを入れ具体的に記入してください。

フリガナ	〇〇〇〇 〇〇〇〇	住所	東・南・御・本・北・中・西・緑 〇-〇〇-〇〇	明大昭 〇年〇月〇日
氏名	〇〇 〇〇	住所	〇-〇〇-〇〇	月日 (XX 歳)
申請理由	<input checked="" type="checkbox"/> 要介護認定を受けたい（又は介護度を変更したい）と考えた理由、利用したいサービス等をご記入ください。 例①：「〇月〇日に△△の骨折で入院・リハビリ中で、主治医から申請を勧められた。」 例②：「腰痛がひどく、〇年前から通院中。手すりや歩行器をレンタルしたい。」			
生活状況	<input checked="" type="checkbox"/> 家族と同居(夫、妻、長男、長女等)			<input type="checkbox"/> ひとり暮らし
障害者手帳の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 2 級) 障害名(〇〇〇)			<input type="checkbox"/> 無
希望するサービス	<input type="checkbox"/> ホームヘルプサービス <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴サービス <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> デイサービス・デイケア <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与・購入 <input type="checkbox"/> 住宅改修 ( )			
現在の生活場所	<input type="checkbox"/> 在宅 (住民登録地) <input checked="" type="checkbox"/> 病院に入院中 または 施設に入所中 病院・施設 { 名称 ( ◆◆病院 ) 病棟 ( 〇号室 ) { 所在地 ( 武蔵野市△△町〇-〇〇-〇〇 ) { 電話番号 ( 0422-XX-XXXX ) いつから入院(所)していますか ( 20XX年 〇月 △ 日から ) <input checked="" type="checkbox"/> 退院(所)の予定はありますか <input checked="" type="checkbox"/> あり ( 〇月△日/未定) <input type="checkbox"/> なし ※(上記で「ある」と答えた方) <input checked="" type="checkbox"/> 退院(所)後のご予定は <input checked="" type="checkbox"/> 転院( ▲▲病院 ) <input type="checkbox"/> 在宅へ <input type="checkbox"/> その他 (ご家族の家に居る場合等) 住所 ( ) 名称(ご家族等の氏名) ( )			
調査時の立会い	<input type="checkbox"/> 希望しない ※調査は月～金曜日の午前9時～午後4時の間を実施します <input checked="" type="checkbox"/> 希望する ※立会い希望の方には事前にお電話させていただきます フリガナ ( 〇〇〇〇 ▲▲▲▲ ) 続柄 ( 夫 ) 氏名 ( 〇〇 ▲▲ ) 日中の連絡先 (電話番号) ①( 090-XXXX-XXXX ) ②( 0422-XX-XXXX )			
調査時配慮すること	<input checked="" type="checkbox"/> ◆◆事前に調査員に伝えておきたいこと等があれば記入してください。 「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。			

<事務処理欄>

申請者	申請日	受付	担当職員(他機関への連絡)	本人同行	希望日時	認定調査員
本人						
家族(ケアマネ)						
		郵送	障福*生福			

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。

不明の場合は空欄で結構です。

いずれかにチェック

わかる範囲で結構ですので今後の予定を記入してください。  
 ※退院予定は「〇週間後」等でも結構です。

いずれかにチェック

平日午前9時～午後4時に連絡のつく電話番号を記入してください。