

介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書

申請書 申請年月日

受付年月日

(あて先) 長崎市長 様
次のとおり申請します。

該当する申請に○をつけてください。

(新規・更新・**変更**)
申請入力
入力チェック

◆ 認定を受けたい方の氏名などを記入してください。

被保険者番号 0001234567 個人番号 申請年月日 令和〇年〇月〇日
フリガナ ナガサキ タロウ 生年月日 大・昭 〇年〇月〇日
氏名 長崎 太郎 性別 男 女
住民票住所 〒〇〇〇-〇〇〇〇 長崎市〇〇町〇番〇号 △△マンション〇号室
調査先住所 〒〇〇〇-〇〇〇〇 長崎市〇〇町〇番〇号 施設・病院名 〇〇病院 〇病棟 〇階 〇〇〇号室
保険者名 国保(後期) その他() 資格取得日: 年 月 日 保険者番号 〇〇〇〇〇〇
被保険者等 記号 番号 〇〇〇〇〇 枝番
前回の要介護認定の結果等 状態区分 要支援(1・2)・要介護(1・2・3・4・5) 有効期間 令和〇年〇月〇日 ~ 令和〇年〇月〇日
変更申請の理由 状態悪化 状態改善(〇月〇日頃から) サービス不足
備考(左欄チェックに至る経緯) 〇/〇から状態悪化し、〇/〇より入院。ADLが変化し、今後サービスが不足するため申請。

調査員はこの住所をもとに伺いますので、**アパートやマンション名**等詳細に記入してください。

調査場所が変わると1週間程度あけて調査を行います。調査依頼や調査の日程調整に影響しますので、**移動日**を記入してください。

家での調査の場合、どなたの家かわかるように**様方**を記入してください。

病院側とのスムーズな日程調整のために、**病棟・階数・号室**の記載にご協力ください。
※個人情報保護の観点から、電話では教えてもらえないことがあります。

変更申請の場合、申請に至った**経緯**を記入してください。
※適切な介護認定のため、状態が不安定な時期(例:手術の予定がある、ターミナルを除く急性期)の調査は行っておりませんので**受傷日や手術予定日**等は漏れなく記載ください。

◆ 本人以外の方が申請される場合に記入してください。

代理人・代行者 氏名・名称 居宅介護支援事業所〇〇 担当: □□ ケアマネ
住所 〒〇〇〇-〇〇〇〇 長崎市〇〇町〇番〇号 電話番号 (095) 〇〇〇 - 〇〇〇〇

事業所名だけでなく、できれば**担当者名**まで記入してください。

◆ 認定を受ける方(本人)の主治医(入院中の場合は、原則として入院先の医師)又主治医が複数いる場合は、心身の状態を一番よく把握している医師を記入してください。

主治医 主治医氏名 □□ □□ 医療機関名 〇〇病院
所在地 〒〇〇〇-〇〇〇〇 長崎市〇〇町〇番〇号 電話番号 (095) 〇〇〇 - 〇〇〇〇

医師名は**フルネーム**で記入してください。
※要介護認定申請を行うことについて、事前に主治医へ連絡してください。

◆ 第2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)の方のみ記入してください。
(医療保険情報が確認できる書類等の写しを添付してください。)

特定疾病名 1.がん 2.関節リウマチ 3.筋萎縮性側索硬化症 4.後縦靭帯骨化症 5.骨折を伴う骨粗鬆症
6.初老期における認知症 7.パーキンソン病関連疾患 8.脊髄小脳変性症 9.脊柱管狭窄症 10.早老症
11.多系統萎縮症 12.糖尿病性(神経障害・腎症・網膜症) 13.脳血管疾患 14.閉塞性動脈硬化症
15.慢性閉塞性肺疾患 16.両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

◎訪問調査の際、家族等の同席を希望される方は、同席者の氏名、連絡先を記入してください。
(連絡先については、同席者及び日程調整を行う方の連絡先を記入してください。)

調査時の同席 必要 必要ない フリガナ ナガサキ ハナコ
同席者の氏名 長崎 花子 連絡先①(長女) (〇〇〇) 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇
(本人との関係: 長女) 連絡先②(〇〇病院〇階〇病棟) (095) 〇〇〇 - 〇〇〇〇
その他(連絡事項など) 長女就労しており〇時頃なら連絡可能 長女と調整後、病院に連絡をお願いします。

調査の調整時に注意することがあれば記入してください。
(例:難聴で手話通訳が必要、点字対応を要する等)

◎直近のサービスの利用状況 介護サービス利用なし

住宅改修: あり なし 福祉用具貸与: (介護ベッド自費貸与)
ショートステイ・小規模宿泊利用期間: ()
居宅療養管理指導: 医師 歯科 薬剤師 その他()
在宅生活支援事業(ふれあい訪問収集・配食・移送支援・緊急時訪問介護)
透析・受診・往診の状況: (月・水・金)

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、長崎市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、長崎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、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。

※訪問・通所サービス等について詳細に記入してください(ヘルパー等の略称可)

Table with 7 columns (月, 火, 水, 木, 金, 土, 日) and 2 rows (午前, 午後). Content: 午前 透 析 DS 透 析 DS 透 析 ヘルパー

更新申請について、認定有効期間内に認定を行うことができるときは、申請日から30日を越えた場合でも延期通知を必要としないことに同意します。

本人氏名

※同意欄は本人が署名してください(本人が自書できない場合は、本人の同意を得て代筆する事は可能です)。

(注)申請の際には「介護保険被保険者証」を添付してください。(R8.4)

・介護サービス等の週間予定について記入してください。
<略称例> デイサービス→DS、デイケア→DC、訪問介護→ヘルパー、訪問看護→訪看、ショートステイ→SS 等
※データ入力の際は、表に直接入力ができないため、テキストボックスを使用してください。

・泊りのサービスを利用している場合は、申請月の利用期間(予定可)を記載してください。