

介護保険 要介護・要支援 認定申請書

新規 更新 区分変更
その他 () 基本チェックリスト実施
(みなし更新の可能性 有・無) 実施日(年 月 日)
申請日 令和 年 月 日

厚木市長 あて

新規申請 記入例

次のとおり申請します。

申請日 令和 年 月 日

| | | | | | | | |
|------------------------------|---|---|------|-------|------|--------------------------------------|----|
| 介護被保険者番号 | | 0000123456 | | 個人番号 | | 1234 5678 9101 | |
| 医療保険 | 保険者名 | 〇〇健康保険組合 | | 保険者番号 | | 〇〇〇〇 | |
| | 被保険者記号・番号 | 記号 | 〇〇〇〇 | 番号 | 〇〇〇〇 | 枝番 | 〇〇 |
| フリガナ | | アツギ ハナコ | | 生年月日 | | 大・昭 〇年 〇月 〇日 | |
| 氏名 | | 厚木 華子 | | 性別 | | 男・女 年齢 〇〇歳 | |
| 住所 | | 〒 2 4 3 - 1 2 3 4 厚木市 中町〇丁目〇番〇号 | | 電話番号 | | 046 (000) 0000 | |
| 現在の要介護状態区分 | | 要支援・要介護 | | 有効期間 | | 年 月 日～ 年 月 日 | |
| 過去6ヶ月の入院・入所 | | <input checked="" type="checkbox"/> 有 医療機関・介護保険施設等の名称 〇〇〇病院 | | 期間 | | 令和〇年 〇月 〇日～ 令和〇年 〇月 〇日(予定) (退院未定) | |
| 変更申請の理由 | | | | | | | |
| 利用中・希望のサービス | | 福祉用具貸与(ベッド 車椅子) 希望 | | | | | |
| 2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入 | | | | | | | |
| 特定疾病名 | | | | | | | |
| 同意欄 | 個人情報の開示の同意について 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、厚木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、厚木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、 <input checked="" type="checkbox"/> 同意します。 <input type="checkbox"/> 同意しません。 | | | | | | |
| | 個人番号(マイナンバー)収集の同意について 介護認定等申請について、本申請書に個人番号を記載することが番号法により、原則、同番号を取得することとされています。申請書に記載されていない場合、市が住民基本台帳を確認し、本申請書に記載することに、 <input checked="" type="checkbox"/> 同意します。 <input type="checkbox"/> 同意しません。 | | | | | | |
| | 延期通知省略の同意について(※更新申請の方のみ) 介護保険法上、結果通知が申請から30日を超える場合は遅れる理由を記載し、延期通知をする必要がありますが、更新申請に限り、有効期間内であれば、同意を得た上で、延期通知を省略することができます。通知を省略することに、 <input type="checkbox"/> 同意します。 <input type="checkbox"/> 同意しません。 | | | | | | |
| | | 本人氏名 厚木 華子 | | | | | |

| | | | | | | | |
|-----|-------|---|--|------|------------------|--------|--------|
| 主治医 | 医療機関名 | 〇〇〇病院 <input checked="" type="checkbox"/> 新 継 | | 主治医名 | 〇〇 〇〇 (内 科) | | |
| | 所在地 | 〒 000-0000 厚木市中町〇丁目〇番〇号 | | 電話番号 | 000 (000) 0000 | | |
| | | | | | | 最終受診年月 | 令和〇年〇月 |

| | | | | | | | | | |
|---------|----------|-------------------------|--|------|------------------|------|----------|--|---|
| 申請(代行)者 | 住所(所在地) | 〒 000-0000 厚木市中町〇丁目〇番〇号 | | 電話番号 | 000 (000) 0000 | | 代行事業者記入欄 | <input checked="" type="checkbox"/> 地域包括支援センター | <input checked="" type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 |
| | 氏名(事業者名) | 〇〇老人ホーム | | | | | | <input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設 | <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 |
| | 本人との関係 | 担当ケアマネ | | | | | | <input type="checkbox"/> 介護医療院 | |
| | | | | | | 担当者名 | 〇〇 〇〇 | | |

| | | | | | | | |
|-----|--|--|--|--|--|--|-----|
| ※備考 | | | | | | | 受付者 |
|-----|--|--|--|--|--|--|-----|

厚木市確認欄(ここから下は記入しないでください) ※裏面にも記入をお願いします。

番号確認 カード 住基(担当者サイン)) 本人確認 写真あり 2種類
代理権確認 戸籍謄本等 委任状 その他 代理人確認 写真あり 2種類 介護支援専門員証

～ 訪問調査をするにあたって ～

訪問調査では、日常生活の状況についてご本人や介護者の方に日頃の状況をうかがいます。実際に歩行の様子や寝返りの様子なども見せていただくことになっておりますので、御協力をお願いいたします。
日頃の介護に関してお困りのことなどもお伝えください。

1 本人の状況について

| | | |
|----------------------------------|---|------------------------------|
| 被保険者氏名 | 厚木 華子 | 被保険者番号 (0000123456) |
| 現在の状況 | <input type="checkbox"/> 在宅 (一人暮らし・家族と同居) | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 入院入所中 | |
| | <input type="checkbox"/> その他 () | |
| 心身の状況 | <input type="checkbox"/> 身の回りのことは、ほとんどできる | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 見守りまたは介助が必要 (入浴 ・ 食事 ・ 排泄) | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 脚や腕に麻痺がある | |
| | <input type="checkbox"/> 寝たきり状態である | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 物忘れ、火の不始末などの認知症状が多少ある | |
| | <input type="checkbox"/> 重度の認知症がある | |
| <input type="checkbox"/> その他 () | | |

2 調査場所

| | | |
|------|---|---|
| 調査場所 | <input type="checkbox"/> 自宅 | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 自宅外 | |
| | 病院・施設名 : | (〇〇老人ホーム (本館4階〇〇号室)) |
| | 住所 : | (〒000-0000 厚木市中町〇丁目〇番〇号) |
| | 電話番号 : | (000 (000) 0000) |

3 調査の立会者

※ 調査では御家族や介護者の方からも、日頃の状況をお聞かせいただくことになっております。より正確な判定結果を出すために、可能な限り立会いをお願い致します。

| | | | |
|----------|---|--------------------------|---------------|
| フリガナ | アツギ タロウ | 本人との関係 | 担当ケアマネ |
| 立会者氏名 | 厚木 太郎 | | |
| 立会者の電話番号 | 000 (000) 0000 | ※日中にご連絡がとれる電話番号をご記入ください。 | |
| 調査日程の連絡先 | <input checked="" type="checkbox"/> 立会者と調整 | | |
| | <input type="checkbox"/> 本人と調整 | | |
| | <input type="checkbox"/> その他 (家族立会いなし) | | |

4 その他 (連絡事項、都合の悪い曜日、調査時に気をつけてほしいこと等ありましたらご記入ください。)

認知症状がありますが、本人の前では伝えにくいことがあります。調査終了後、

本人とは別室で、調査内容を確認する時間を確保してください。

月、水、金が仕事で立会いできないので、その他の曜日での調査を希望します。

介護保険 要介護・要支援 認定申請書

新規 更新 区分変更
その他 () 基本チェックリスト実施
(みなし更新の可能性 有・無) 実施日(年 月 日)
申請日 令和 年 月 日

厚木市長 あて

更新申請 記入例

次のとおり申請します。

| | | | | | | | |
|------------------------------|---|---------------------------------|---------------------------|--------|---------------------------------------|-------------------------|----|
| 介護被保険者番号 | | 0000123456 | | 個人番号 | | 1234 5678 9101 | |
| 医療保険 | 被保険者名 | 〇〇健康保険組合 | | 被保険者番号 | | 〇〇〇〇 | |
| | 被保険者記号・番号 | 記号 | 〇〇〇〇 | 番号 | 〇〇〇〇 | 枝番 | 〇〇 |
| フリガナ | | アツギ ハナコ | | 生年月日 | | 大・昭 〇年 〇月 〇日 | |
| 氏名 | | 厚木 華子 | | 性別 | | 男・女 年齢 〇〇歳 | |
| 住所 | | 〒 2 4 3 - 1 2 3 4 厚木市 中町〇丁目〇番〇号 | | 電話番号 | | 046 (000) 0000 | |
| 現在の要介護状態区分 | | 要支援 | 要介護 4 | 有効期間 | | 令和〇年 〇月 〇日 ~ 令和〇年 〇月 〇日 | |
| 過去6ヶ月の入院・入所 | | 有 | 医療機関・介護保険施設等の名称 〇〇〇〇病院 | 期間 | 令和〇年 〇月 〇日 ~ 令和〇年 〇月 〇日(予定) (退院未定) | | |
| 変更申請の理由 | | | | | | | |
| 利用中・希望のサービス | | 福祉用具貸与(ベッド 車椅子) 希望 | | | | | |
| 2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入 | | | | | | | |
| 特定疾病名 | | | | | | | |
| 同意欄 | 個人情報の開示の同意について 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、厚木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、厚木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、 <input checked="" type="checkbox"/> 同意します。 <input type="checkbox"/> 同意しません。 | | | | | | |
| | 個人番号(マイナンバー)収集の同意について 介護認定等申請について、本申請書に個人番号を記載することが番号法により、原則、同番号を取得することとされています。申請書に記載されていない場合、市が住民基本台帳を確認し、本申請書に記載することに、 <input checked="" type="checkbox"/> 同意します。 <input type="checkbox"/> 同意しません。 | | | | | | |
| | 延期通知省略の同意について(※更新申請の方のみ) 介護保険法上、結果通知が申請から30日を超える場合は遅れる理由を記載し、延期通知をする必要がありますが、更新申請に限り、有効期間内であれば、同意を得た上で、延期通知を省略することができます。通知を省略することに、 <input checked="" type="checkbox"/> 同意します。 <input type="checkbox"/> 同意しません。 | | | | | | |
| | | 本人氏名 厚木 華子 | | | | | |

| | | | | | | | |
|-----|-------|-------------------------|--|------|------------------|--------|--------|
| 主治医 | 医療機関名 | 〇〇〇病院 | | 主治医名 | 〇〇 〇〇 (内科) | | |
| | 所在地 | 〒 000-0000 厚木市中町〇丁目〇番〇号 | | 電話番号 | 000 (000) 0000 | | |
| | | | | | | 最終受診年月 | 令和〇年〇月 |

| | | | | | | | | | |
|---------|----------|-------------------------|--|------|------------------|--|----------|--|------------------------------------|
| 申請(代行)者 | 住所(所在地) | 〒 000-0000 厚木市中町〇丁目〇番〇号 | | 電話番号 | 000 (000) 0000 | | 代行事業者記入欄 | <input checked="" type="checkbox"/> 地域包括支援センター | <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 |
| | 氏名(事業者名) | 〇〇老人ホーム | | | | | | <input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設 | <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 |
| | 本人との関係 | 担当ケアマネ | | | | | | <input type="checkbox"/> 介護医療院 | |
| | | | | | | | | 担当者名 | 〇〇 〇〇 |

| | | | | | | | | | |
|-----|--|--|--|--|--|--|--|-----|--|
| ※備考 | | | | | | | | 受付者 | |
|-----|--|--|--|--|--|--|--|-----|--|

厚木市確認欄(ここから下は記入しないでください)

※裏面にも記入をお願いします。

番号確認 カード 住基(担当者サイン) 本人確認 写真あり 2種類
 代理権確認 戸籍謄本等 委任状 その他 代理人確認 写真あり 2種類 介護支援専門員証

～ 訪問調査をするにあたって ～

訪問調査では、日常生活の状況についてご本人や介護者の方に日頃の状況をうかがいます。実際に歩行の様子や寝返りの様子なども見せていただくことになっておりますので、御協力をお願いいたします。

日頃の介護に関してお困りのことなどもお伝えください。

1 本人の状況について

| | | |
|----------------------------------|---|------------------------------|
| 被保険者氏名 | 厚木 華子 | 被保険者番号 (0000123456) |
| 現在の状況 | <input type="checkbox"/> 在宅 (一人暮らし・家族と同居) | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 入院入所中 | |
| | <input type="checkbox"/> その他 () | |
| 心身の状況 | <input type="checkbox"/> 身の回りのことは、ほとんどできる | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 見守りまたは介助が必要 (入浴 ・ 食事 ・ 排泄) | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 脚や腕に麻痺がある | |
| | <input type="checkbox"/> 寝たきり状態である | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 物忘れ、火の不始末などの認知症状が多少ある | |
| | <input type="checkbox"/> 重度の認知症がある | |
| <input type="checkbox"/> その他 () | | |

2 調査場所

| | | |
|------|---|---|
| 調査場所 | <input type="checkbox"/> 自宅 | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 自宅外 | |
| | 病院・施設名 : | (〇〇老人ホーム (本館4階〇〇号室)) |
| | 住所 : | (〒000-0000 厚木市中町〇丁目〇番〇号) |
| | 電話番号 : | (000 (000) 0000) |

3 調査の立会者

※ 調査では御家族や介護者の方からも、日頃の状況をお聞かせいただくことになっております。より正確な判定結果を出すために、可能な限り立会いをお願い致します。

| | | | |
|----------|---|--------------------------|--------|
| フリガナ | アツギ タロウ | 本人との関係 | 担当ケアマネ |
| 立会者氏名 | 厚木 太郎 | | |
| 立会者の電話番号 | 000 (000) 0000 | ※日中にご連絡がとれる電話番号をご記入ください。 | |
| 調査日程の連絡先 | <input checked="" type="checkbox"/> 立会者と調整 | | |
| | <input type="checkbox"/> 本人と調整 | | |
| | <input type="checkbox"/> その他 (家族立会いなし) | | |

4 その他 (連絡事項、都合の悪い曜日、調査時に気をつけてほしいこと等ありましたらご記入ください。)

認知症状がありますが、本人の前では伝えにくいことがあります。調査終了後、

本人とは別室で、調査内容を確認する時間を確保してください。

月、水、金が仕事で立会いできないので、その他の曜日での調査を希望します。

介護保険 要介護・要支援 認定申請書

新規 更新 区分変更 その他 () 基本チェックリスト実施
(みなし更新の可能性 有・無) 実施日(年 月 日)

厚木市長 あて 区分変更申請 記入例

次のとおり申請します。 申請日 令和 年 月 日

介護被保険者番号 0000123456 個人番号 1234 5678 9101
医療保険 保険者名 ○○健康保険組合 保険者番号 ○○○○
フリガナ アツギ ハナコ 生年月日 大・昭 ○年 ○月 ○日
氏名 厚木 華子 性別 男・女 年齢 ○○歳
住所 〒 2 4 3 - 1 2 3 4 電話番号 046 (000) 0000
厚木市 中町○丁目○番○号 ()様方
現在の要介護状態区分 要支援 要介護 4 有効期間 令和○年 ○月 ○日～ 令和○年 ○月 ○日
過去6ヶ月の入院・入所 有 医療機関・介護保険施設等の名称 ○○○病院 期間 令和○年 ○月 ○日～ 令和○年 ○月 ○日(予定)(退院未定)
変更申請の理由 転倒し、容態が変わったため
利用中・希望のサービス 福祉用具貸与(ベッド 車椅子) 希望
2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入
特定疾病名
同意欄
個人情報の開示の同意について 同意します。 同意しません。
個人番号(マイナンバー)収集の同意について 同意します。 同意しません。
延期通知省略の同意について(※更新申請の方のみ) 同意します。 同意しません。
本人氏名 厚木 華子

主治医 医療機関名 ○○○病院 新 主治医名 ○○ ○○ (内 科)
所在地 〒 000-0000 電話番号 000 (000) 0000 最終受診年月 令和○年○月
厚木市中町○丁目○番○号

申請(代行)者 住所(所在地) 〒 000-0000 電話番号 000 (000) 0000 厚木市中町○丁目○番○号
氏名(事業者名) ○○老人ホーム
本人との関係 担当ケアマネ
代行事業者記入欄 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
介護医療院
担当者名 ○○ ○○

※備考 受付者

厚木市確認欄(ここから下は記入しないでください) ※裏面にも記入をお願いします。
番号確認 カード 住基(担当者サイン) 本人確認 写真あり 2種類
代理権確認 戸籍謄本等 委任状 その他 代理人確認 写真あり 2種類 介護支援専門員証

～ 訪問調査をするにあたって ～

訪問調査では、日常生活の状況についてご本人や介護者の方に日頃の状況をうかがいます。実際に歩行の様子や寝返りの様子なども見せていただくことになっておりますので、御協力をお願いいたします。

日頃の介護に関してお困りのことなどもお伝えください。

1 本人の状況について

| | | |
|----------------------------------|---|------------------------------|
| 被保険者氏名 | 厚木 華子 | 被保険者番号 (0000123456) |
| 現在の状況 | <input type="checkbox"/> 在宅 (一人暮らし・家族と同居) | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 入院入所中 | |
| | <input type="checkbox"/> その他 () | |
| 心身の状況 | <input type="checkbox"/> 身の回りのことは、ほとんどできる | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 見守りまたは介助が必要 (入浴 ・ 食事 ・ 排泄) | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 脚や腕に麻痺がある | |
| | <input type="checkbox"/> 寝たきり状態である | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 物忘れ、火の不始末などの認知症状が多少ある | |
| | <input type="checkbox"/> 重度の認知症がある | |
| <input type="checkbox"/> その他 () | | |

2 調査場所

| | | |
|------|---|---|
| 調査場所 | <input type="checkbox"/> 自宅 | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 自宅外 | |
| | 病院・施設名 : | (〇〇老人ホーム (本館4階〇〇号室)) |
| | 住所 : | (〒000-0000 厚木市中町〇丁目〇番〇号) |
| | 電話番号 : | (000 (000) 0000) |

3 調査の立会者

※ 調査では御家族や介護者の方からも、日頃の状況をお聞かせいただくことになっております。より正確な判定結果を出すために、可能な限り立会いをお願い致します。

| | | | |
|----------|---|--------------------------|--------|
| フリガナ | アツギ タロウ | 本人との関係 | 担当ケアマネ |
| 立会者氏名 | 厚木 太郎 | | |
| 立会者の電話番号 | 000 (000) 0000 | ※日中にご連絡がとれる電話番号をご記入ください。 | |
| 調査日程の連絡先 | <input checked="" type="checkbox"/> 立会者と調整 | | |
| | <input type="checkbox"/> 本人と調整 | | |
| | <input type="checkbox"/> その他 (家族立会いなし) | | |

4 その他 (連絡事項、都合の悪い曜日、調査時に気をつけてほしいこと等ありましたらご記入ください。)

認知症状がありますが、本人の前では伝えにくいことがあります。調査終了後、

本人とは別室で、調査内容を確認する時間を確保してください。

月、水、金が仕事で立会いできないので、その他の曜日での調査を希望します。

40～64歳の方(第2号被保険者)

※下記の特定疾病に該当するか主治医に確認の上、該当疾病をチェックしてください。

| | |
|---|------------------------------|
| | ① 関節リウマチ |
| | ② 筋萎縮性側索硬化症 |
| | ③ 後縦靭帯骨化症 |
| | ④ 骨折を伴う骨粗しょう症 |
| | ⑤ 初老期における認知症 |
| | ⑥ パーキンソン病関連疾患 |
| | ⑦ 脊髄小脳変性症 |
| | ⑧ 脊柱管狭窄症 |
| | ⑨ 早老症 |
| | ⑩ 多系統萎縮症 |
| | ⑪ 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症 |
| ✓ | ⑫ 脳血管疾患 ※ 外傷性のものは除く |
| | ⑬ 閉塞性動脈硬化症 |
| | ⑭ 慢性閉塞性肺疾患 |
| | ⑮ 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 |
| | ⑯ がん |