# 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

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 | | | | 個人番号 | | | |
| 医療保険 | 保険者名 | | | 保険者番号 | | | |
| | 被保険者記号・番号 | 記号 | | 番号 | | 枝番 | |
| | フリガナ | | | 生年月日 | 明・大・昭　年　月　日 | | |
| | 氏　名 | | | 性　別 | 男・女 | 年　齢 | 歳 |
| | 住　所 | 〒　－　電話番号　（　） 厚木市　（　）様方 | | | | | |
| | 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 | 有・無 | 医療機関・介護保険施設等の名称 | 期間 | 年　月　日～　年　月　日（予定）（退院未定） | | |
| | 変更申請の理由 | | | | | | |
| | 利用中・希望のサービス | | | | | | |

**同意欄**

**個人情報の開示の同意について**
主治医意見書を記載した医師、認定調査に従事した調査員、地域包括支援センターが、要介護認定結果の開示を希望した場合は、市から情報提供することに、

□ 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**
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、

□ 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）**
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、

□ 同意します。　□ 同意しません。

**審査会簡素化の同意について（※更新申請かつ第1号被保険者のみ）**
現在の介護度と同じ介護度が一次判定（コンピュータ判定）であった場合など6つの要件を満たした場合、一次判定を二次判定（認定結果）とし、審査会で判定することを省略できます。※6つの要件の詳細は別紙にてご確認ください。
要件に合致した場合、審査会簡素化をすることに、

□ 同意します。　□ 同意しません。

本人氏名

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 主治医 | 医療機関名 | 新・継 | 主治医名 | （　科） |
| | 所在地 | 〒　電話番号　（　） | | 最終受診年月　年　月 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 申請（代行）者 | 住所（所在地） | 〒　電話番号　（　） | 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 | |
| | 氏名（事業者名） | | | □指定介護老人福祉施設 / □介護老人保健施設 | |
| | 本人との関係 | | | □介護医療院 | 担当者名： |

| | | |
|---|---|---|
| ※備考 | 受付者 | |

※裏面にも記入をお願いします。

厚木市確認欄（ここから下は記入しないでください）

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

2　調査場所

| | | |
|---|---|---|
| 調査場所 | □ 自宅 | |
| | □ 自宅外 | |
| | 病院・施設名： | （　　（　　階　　号室））<br>（〒　　） |
| | 住所： | （　　） |
| | 電話番号： | （　　） |

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 | | 本人との関係 | |
| 立会者氏名 | | | |
| 立会者の電話番号 | | | |
| 調査日程の連絡先 | □ 立会者と調整<br>□ 本人と調整<br>□ その他　（　　） | | |

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。）

| |
|---|
| |
| |
| |
| |