

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

被 保 険 者	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
	フリガナ	生年月日		大・昭 年 月 日
	氏名	性別		男・女 年齢 歳
	住所	〒 厚木市		電話番号 () 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			
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				
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 type="checkbox"/> 同意します。 <input type="checkbox"/> 同意しません。				
同意欄 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 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				

主 治 医	医療機関名	〒	電話番号 ()	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	<input 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)				<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				<input type="checkbox"/> 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)

番号確認 カード 住基(担当者サイン))
 代理権確認 戸籍謄本等 委任状 その他

本人確認 写真あり 2種類
 代理人確認 写真あり 2種類

※裏面にも記入をお願いします。

介護支援専門員証 申請者本人確認 代理権確認

～ 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	<input type="checkbox"/> 在宅 (一人暮らし・家族と同居)
	<input 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 type="checkbox"/> 見守りまたは介助が必要(入浴・食事・排泄)
	<input type="checkbox"/> 脚や腕に麻痺がある
	<input type="checkbox"/> 寝たきり状態である
	<input 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 type="checkbox"/> 自宅外
	病院・施設名 ()
	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		
立会者氏名	本人との関係	
立会者の電話番号		
調査日程の連絡先	<input type="checkbox"/> 立会者と調整	
	<input type="checkbox"/> 本人と調整	
	<input type="checkbox"/> 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。)

<div style="border-bottom: 1px dashed black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dashed black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dashed black; margin-bottom: 5px;"></div>
--