

# 介護保険 要介護・要支援 認定申請書

受付印

新規  更新  区分変更  転入 \*該当するものにチェック☑してください。  
 羽生市長宛 次のとおり申請します。

◆この申請書を提出する際は、介護保険被保険者証を添付してください。

個人番号										生年月日		年 月 日( 歳)			
被保険者番号		保険者名		被保険者証				記号		番号		保険者番号		枝番	
フリガナ		性別				電話番号									
氏名		住所				担当 ケアマネジャー等				居宅支援事業所					
住所		〒 -													
前回の認定結果		事業対象・支1・支2・1・2・3・4・5				有効期間		年 月 日～ 年 月 日							
調査場所		1 住所と同じ 2 入院中の主治医医療機関 3 入所中の施設 4 その他(転院先・親族宅等)													
※調査場所 が、3・4の 場合記入		医療機関名 施設名 親族名		電話番号											
		所在地		〒 -											
変更申請理由		( 重度・軽度 )													

申請者 氏名又は名称		該当に○(本人・親族・支援事業所・介護福祉施設・介護保健施設・介護療養施設・地域包括支援センター・その他) ※親族の場合続柄 ( )											
申請者 住所		〒 -										電話番号	

医療機関名		( 科 )				主治医名							
所在地		〒 -				病棟		病室		相談員		電話番号	
最近の受診日		年 月 日頃 通院・往診・入院中 【 退院予定日 年 月 日頃・未定 】				次回受診予定日		年 月 日					

特定疾病名(40～64歳の方のみ記入) ※主治医に確認後、記入してください。				医療保険被保険者証 ※写しを添付してください。				別紙のとおり			
---	--	--	--	----------------------------	--	--	--	--------	--	--	--

私は、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、主治医意見書及びサービス利用者負担割合を羽生市から地域包括支援センター、居宅介護・予防支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設の関係者、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。

(※更新申請の場合のみ)私は、申請から30日以内に認定がされない場合、現在の認定の有効期間内であれば、認定延期通知の省略に同意します。

本人氏名 \_\_\_\_\_

市 記 入 欄	保険証		保険料納付状況		訪問調査		意見書		その他		入力処理	
	<input type="checkbox"/> 回収済	<input type="checkbox"/> 調査時回収	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	/ ( ) :	<input type="checkbox"/> 病院 tel	<input type="checkbox"/> CM・市 tel	<input type="checkbox"/> 依頼済	<input type="checkbox"/> 郵送済	2号・生保・無資格 第三者行為・( )	<input type="checkbox"/> 申請入力	<input type="checkbox"/> 資格者証発行

◆認定調査を正確に行うために必要な事項ですので、漏れなく記入をお願いします。

被保険者		記入者	(本人との関係: )		記入日	年 月 日	
同居者	<input type="checkbox"/> あり ( ) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 別棟に親族がいる ( )						
◆申請のきっかけ (新規・区分変更申請の方)							
<input type="checkbox"/> 毎日の生活に支障がでている <input type="checkbox"/> 医師等のすすめ <input type="checkbox"/> 親族のすすめ <input type="checkbox"/> その他							
◆病気や心身の状況							
・既往及び治療中の病気  ・病気などによりできない事 (歩行・排泄・着替え・食事など)  ・認知症の症状など  ・受けたサービス 訪問介護 ・ デイサービス ・ デイケア (通所リハビリ) ・ 訪問看護 ・ ショートステイ 福祉用具 (貸与・購入) ・ 住宅改修 ・ 施設入所 ・ その他 ( )							
居宅サービス 利用状況  (週における 利用日数や 曜日など)	訪問介護 (ホームヘルプサービス)		通所介護 (デイサービス)		通所リハビリテーション (デイケア)		
	介護給付	予防給付	介護給付	予防給付	介護給付	予防給付	
	訪問看護		短期入所生活・療養介護 (ショートステイ)		その他 (特定施設・福祉用具貸与等)		
	介護給付	予防給付	介護給付	予防給付	介護給付	予防給付	
訪問調査 について	◆調査員が駐車できる場所						
	<input type="checkbox"/> 敷地内にあり <input type="checkbox"/> 敷地外 ( )						
	希望日時	<input type="checkbox"/> 月曜日 <input type="checkbox"/> 火曜日 <input type="checkbox"/> 水曜日 <input type="checkbox"/> 木曜日 <input type="checkbox"/> 金曜日 <input type="checkbox"/> 何曜日でもよい (土日除く)					
		<input type="checkbox"/> 午 前 <input type="checkbox"/> 午 後 <input type="checkbox"/> 何時でもよい					
	<input type="checkbox"/> 立会あり → 氏名 ( ) 続柄: ( ) ・ 電話番号 ( )						
<input type="checkbox"/> 立会なし → 理由 ( )							
◆伝えておきたいこと							
<input type="checkbox"/> 病名を本人に告げていないので配慮してほしい。 <input type="checkbox"/> 話すことに支障があるので筆談などで対応してほしい。 <input type="checkbox"/> 本人の調査の後、立会者と話す時間を作ってほしい。 <input type="checkbox"/> その他留意点							
【市役所記入欄】							