

介護保険

- 要介護（要支援）認定
- 要介護（要支援）更新認定
- 要支援からの区分変更（変更新規）
- 要介護からの区分変更

申請書

名取市長あて

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

申請者氏名 ※窓口に来られた方	被保険者との関係	
提出代行者名	※該当に○→ 1. 地域包括支援センター 2. 指定居宅介護支援事業者 3. 指定介護老人福祉施設 4. 介護老人保健施設 5. 地域密着型サービス事業者 6. 介護医療院 7. その他（ ）	
申請者住所	〒 ー 電話番号（ ）	

【介護保険被保険者証】を添えて申請してください。裏面もあります。

被保険者 (認定を受けようとする方)	介護保険被保険者番号	個人番号		
	フリガナ	生年月日	明治・大正・昭和 性別 男・女	
	氏名	年 月 日		
	住所	〒 ー 電話番号（ ）		
	結果通知等の送付先 (認定延期通知を含む)	送付先	宛名	[続柄]
	前回の要介護認定区分等	事業対象者・要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5 有効期間 平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日		
	※14日以内に他自治体から転入した者のみ記入	転出元自治体(市町村)名 [] 現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 (既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください。) はい・いいえ 「はい」の場合、申請日 平成・令和 年 月 日		
	過去6月間の介護保険施設・医療機関への入所等の有無	有・無	[施設等名称] [所在地]	[期間] 平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日
	変更の理由 ※区分変更時のみ記載	(悪化・改善)		
	主治医	主治医の氏名	医療機関名	最終診察日 年 月 日
	所在地	〒 ー 電話番号（ ）		
医療保険	保険者名	保険者番号		
	被保険者証記号	番号	枝番	

※2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記載

特定疾病名	
-------	--

要介護認定等情報の提供及び延期通知省略に関する同意

- 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、名取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所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、名取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。
- 更新申請の場合、現在の要介護（要支援）状態区分の有効期間内に認定を行うことができるときは、延期通知を省略することに同意します。

被保険者（本人）氏名 _____ 代筆者氏名 _____ (被保険者との関係)

市処理欄	認定調査	調査依頼処理	依頼先	介護認定審査会	開催予定日
	意見書	作成依頼処理	作成区分(申請時) <input type="checkbox"/> 在・新 <input type="checkbox"/> 在・継 <input type="checkbox"/> 施・新 <input type="checkbox"/> 施・継		介護度

新規申請 更新申請 要支援からの区分変更申請（変更新規） 要介護からの区分変更申請

現況調査票

フリガナ 氏名		被保険者番号																		
------------	--	--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※被保険者（介護認定を受ける方）

各項目に☑をしてください。

1. 担当介護支援事業者等(介護保険施設) ※契約を結んでいる場合のみ記入（代行申請のみの場合は不要）

事業者名			
担当者名	連絡先	TEL	() () ()

2. 現在の状況

○現在の生活状況：自宅で生活 病院入院中 その他 (.....)

※入院中の場合

・病院名 (.....) ・退院予定：あり (.....) 頃 未定

・入院の原因となった疾病名 (.....)

○家族状況：独居 同居（夫婦のみ） 同居（その他） (.....)

3. 利用したいサービス(※新規申請・区分変更申請の場合のみ記入してください) ※複数回答可

通所系のサービス 訪問系のサービス 福祉用具系のサービス 住宅改修 短期入所

施設入所 未定 その他 (.....)

4. 訪問調査時の連絡先等

○訪問調査実施場所

自宅 病院（施設）名 (.....) ※住所不要

その他 (.....) (例:娘宅) (〒.....)

○訪問調査日程調整連絡先

フリガナ
氏名 (.....) 続柄 (.....)

電話番号 (.....) 連絡希望時間 (.....)

○調査時同席者 ※包括職員・ケアマネジャー等が同席の場合は、上記日程調整連絡先にご記入ください。

調査日程調整連絡先と同じ

その他 (氏名.....) (続柄.....) ※包括職員・ケアマネジャー等を除く

同席者なし（入院・入所中の場合のみ選択可）

○駐車場の有無 有 無（ない場合、近隣で駐車できる場所.....）

5. 現在利用しているサービス(※利用している場合、利用回数及び利用曜日も記入してください)

--

6. 身体状況

- ①病名（持病）：(.....)
- ②麻痺 あり（部位：右手・右足・左手・左足・その他） なし
- ③移動 自立 一部介助 全介助 ④排泄 自立 一部介助 全介助
- ⑤食事摂取 自立 一部介助 全介助 ⑥着替え 自立 一部介助 全介助
- ⑦入浴 自立 一部介助 全介助 ⑧認知機能の低下 あり 年齢相応 なし
- ⑨前回と比べて介護の手間が 増えた 変わらない 減った（※新規申請の場合は記入不要）
- その他.....