

介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書

(新規 ・ 認切新 ・ 区分変更 ・ 更新 ・ 転入)

★LINEでも申請できます。
(右の二次元コードから)



下妻市長 様

申請年月日 令和 年 月 日

次のとおり申請します

被保険者	介護保険被保険者番号		個人番号									
	医療保険	保険者名称	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 国民健康保険		<input type="checkbox"/> その他の社会保険等 ※社会保険等加入の方は団体等の名称をご記入ください。							
		保険者番号					記号・番号(枝番)					
	フリガナ						生年月日	大・昭 年 月 日				
	氏名						性別	男 ・ 女				
	住所		電話番号									

現在の認定状況	要介護 1 2 3 4 5	要支援 1 2	有効期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日
---------	---------------	---------	------	--------------------

【変更申請理由(区分変更のみ)】 状態が著しく <input type="checkbox"/> 重度化した <input type="checkbox"/> 軽度化した	※該当する場合は必ずチェックしてください <input type="checkbox"/> 病名が末期がん等で早急な調査が必要
---	--

現在の入院・入所状況	<input type="checkbox"/> 医療機関入院中 <input type="checkbox"/> 介護保険施設入所中		(入院のみ)入院開始日:令和 年 月 日	
	入院・入所先名称()		入院予定期間()・期間未定	
	家族等への調査日の連絡(入院入所時) : 要 ・ 不要		結果送付先変更届の提出 : 有 ・ 無	

主治医	医療機関名			受診状況(在宅のみ)	定期受診 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	氏名				・頻度 月 ・ 週 回程度
	所在地			・次回受診予定 月 日	電話番号

★第二号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)は必ず記入してください ※裏面参照

特定疾病名	
-------	--

認定調査の立ち合い者	※在宅での調査の場合は必ず立ち合いをお願いします。		
日程調整のための連絡先(平日連絡がとれる番号)	フリガナ		
	氏名		
	電話	()	
申請者との関係			
連絡希望の時間帯	<input type="checkbox"/> いつでも可 <input type="checkbox"/> 午前□午後 時頃		

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、下妻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、下妻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。

◆ 申請者(認定を受けようとしている方)氏名

申請書を提出した方	<input type="checkbox"/> 本人	提出代行者	
<input type="checkbox"/> 家族等(提出代行者以外)・申請者との関係()		<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設	
氏名	<input type="checkbox"/> 調査立ち合い者と同じ	名称	
住所	<input type="checkbox"/> 被保険者(申請者)と同じ	所在地	
電話番号		電話番号	

※裏面もご記入ください 【提出者の確認書類】 免許証 マイナンバーカード 保険証 その他()

◆裏面はわかる範囲でご記入ください

過去6月間の介護保険施設、医療機関等への入所、入院の有無 有・無	介護保険施設の名称等・所在地	期間 令和 年 月 日～令和 年 月 日
	医療機関等の名称等・所在地	期間 令和 年 月 日～令和 年 月 日

現在利用中の介護サービス（在宅のみ）	サービスの種類	事業所名	回数	曜日
	<input type="checkbox"/> 訪問介護（ホームヘルプ）		月・週 回	
	<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護		月・週 回	
	<input type="checkbox"/> 訪問看護		月・週 回	
	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション		月・週 回	
	<input type="checkbox"/> 通所介護（デイサービス）		月・週 回	
	<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション（デイケア）		月・週 回	
	<input type="checkbox"/> 短期入所（ショートステイ）		月・週 回	
	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護		月・週 回	
	<input type="checkbox"/> 居宅療養・管理指導		月・週 回	
	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与			
	<input type="checkbox"/> 福祉用具購入			
	<input type="checkbox"/> 住宅改修			
	<input type="checkbox"/> その他			
	<input type="checkbox"/> 利用していない			

転入者のみ記入	※14日以内に他自治体から転入した方はご記入してください 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 はい ・ いいえ （既に認定結果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」の場合、申請日 令和 年 月 日
---------	--

【備考】※注意事項や伝達事項がありましたらご記入ください

特定疾病一覧（40歳から64歳の方は医療保険被保険者証を提示してください） ①筋萎縮性側索硬化症 ②後縦靭帯骨化症 ③骨折を伴う骨粗鬆症 ④多系統萎縮症 ⑤初老期における認知症 ⑥脊髄小脳変性症 ⑦脊柱管狭窄症 ⑧早老症 ⑨糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症 ⑩脳血管疾患 ⑪進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病 ⑫閉塞性動脈硬化症 ⑬関節リウマチ 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

【市役所処理欄】	受付者	納付確認（新規・認切新のみ）	被保険者証回収	資格者証
窓口受付・郵送受付		<input type="checkbox"/> 完 <input type="checkbox"/> 未（管理係へ）	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 再交付申請 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未（調査時・郵送）