

# 介護保険要介護認定・要支援認定申請書

被保険者（認定を受ける人）	申請区分	<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 更新	<input type="checkbox"/> 要支援者新規	<input type="checkbox"/> 区分変更	<input type="checkbox"/> 転入継続
	被保険者番号	00			個人番号	
	フリガナ				申請年月日	年 月 日
	氏名				生年月日	年 月 日（歳） 性別
	住所	〒 -			電話番号	- - (自宅・携帯)
	医療保険者名	<input type="checkbox"/> 福岡県後期高齢者医療広域連合 <input type="checkbox"/> 国民健康保険(春日市)			<input type="checkbox"/> その他 医療保険者番号	
	記号	番号	枝番	特定疾病名 (第2号被保険者のみ)		
前回の介護認定	<input type="checkbox"/> 要支援	名称・所在地		期間		
	<input type="checkbox"/> 要介護	名称・所在地		期間		
	有効期間		名称・所在地		期間	
	年 月 日から 年 月 日まで		現在入院中の場合 退院予定日		月 日頃・未定 転院の可能性 有・無・不明	

主治医	(医療機関コード)		フリガナ	
	医療機関名		氏名	
	住所	〒 -	電話番号	- -
	最終受診日	年 月 日	次回受診日	年 月 日

申請者	<input type="checkbox"/> 本人	氏名	(本人の場合は記入不要)	電話番号	- -
	<input type="checkbox"/> 家族	住所	<input type="checkbox"/> 本人と同じ 〒 -	本人との続柄	
	<input type="checkbox"/> 提出代行者	(提出代行者) 事業所名	指定事業者コード		

地域包括支援センター (  北  南  東 )  居宅介護支援事業者  介護保険施設  地域密着型介護老人福祉施設

自宅以外の送付先(今回のみ)	※入院や認知症など、ご本人様に受取不可能な <b>特別な事情がある場合のみ</b> ご記入ください。 今回の認定結果通知にのみ適用されます。 介護保険関係の全ての郵送物の送付先を変更するには、別途「送付先変更届出書」の提出が必要です。	
<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 〒 -	(理由)	
	電話番号	- -

この申請に係る審査及び判定のため、要介護認定及び要支援認定(以下「要介護認定等」という。)に係る調査内容及び主治医意見書(以下「意見書」という。)を筑紫地区介護認定審査会事務局に提出することに同意します。

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、要介護認定等にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果及び意見、意見書、春日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、春日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、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。

全ての要介護(要支援)申請について、要介護(要支援)認定が申請日から30日を超える場合にあっては認定までの見込み期間等を通知する書面を省略することに同意します。

この申請書に記載された事項は、災害時及び緊急時における春日市からの連絡先として使用し、関係人に情報提供することがあります。

**本人氏名** \_\_\_\_\_ **代筆者氏名** \_\_\_\_\_

(職員記入欄)	※裏面もご記入ください					
訪問予定日	年	月	日( )	時	分	～
調査機関	<input type="checkbox"/> 市	<input type="checkbox"/> R I S	<input type="checkbox"/> ゆうしん	<input type="checkbox"/> その他 ( )		
申請方法	窓口	郵送	受付	申請入力	意見書割当	調査票割当
個人番号確認	個人番号カード	官公庁身分証明書				
被保険証回収	済	窓口	再交付			
資格者証交付	済	後日	その他	/ 印	/ 印	/ 印
意見書依頼	済	不要				
備考	前回非該当	期限切れ				

認定調査確認連絡票

被保険者番号

00

被保険者氏名

連絡先 家族	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		住所 〒 -	電話番号 - -	担当ケアマネージャー 氏名
	氏名 (続柄)				

申請の理由	要介護認定を必要とする 主な病気・疾患	(例) 認知症、脳梗塞、骨折、癌 など			
	【新規申請の方】 利用したい介護サービスは何かですか	① <input type="checkbox"/> 在宅でのサービス	<input type="checkbox"/> 通所(デイサービス等)	<input type="checkbox"/> 訪問(ヘルパー等)	
		<input type="checkbox"/> 福祉用具(貸与・販売)	<input type="checkbox"/> 住宅改修		
		<input type="checkbox"/> その他( )			
	② <input type="checkbox"/> 施設への入所				
	【変更申請】 前回の介護認定時から身体等の状況が変わった点を記載してください。	(例) 一人で歩行ができていたが、状態が悪くなり介助(支え)がないと歩行できなくなった。			
	【更新・変更申請の方】	【更新・変更申請】 現在ご利用中の介護サービスの内容や利用回数について教えてください。			

本人について	世帯状況	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 夫婦世帯 <input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> 施設入所			
	調査時に配慮してほしいことがありますか	<input type="checkbox"/> 有	有の場合は記載してください。(例) 未告知の病名など本人の前で話づらいことがある		
		<input type="checkbox"/> 無			
	歩行(室内)	<input type="checkbox"/> 独歩	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 寝たきり
	認知症状	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ( )		
聴覚障害	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 大きめの声かけ	<input type="checkbox"/> 筆談	<input type="checkbox"/> 手話通訳 )	

訪問調査について	調査場所	<input type="checkbox"/> 本人自宅			
		<input type="checkbox"/> 入院している病院 または 入所している施設			
		名称	電話番号	-	-
		住所 〒 -			
		<input type="checkbox"/> その他 ( )			
	車を停める場所が敷地内にありますか	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無		
	調査日時を調整する方	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 提出代行者	<input type="checkbox"/> 家族連絡先	
		<input type="checkbox"/> その他 (氏名 続柄 )			
		日中連絡が取れる電話番号 - -			
	調査に立会いされる方 (※本人に認知症状がある場合は立会いをお願いします。)	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 提出代行者	<input type="checkbox"/> 家族連絡先	<input type="checkbox"/> 立会い者なし
		<input type="checkbox"/> その他 (氏名 続柄 )			
		日中連絡が取れる電話番号 - -			

医療保険サービス(訪問看護・リハビリ)や障害福祉サービスを利用中の人は回答してください。

事業者へ介護認定申請することを相談しましたか。     相談済み     相談していない → 介護認定を受けると利用中のサービスが利用できなくなる場合があります。必ず事業者を確認してください。

★	現在、仕事上の傷病等から介護補償給付(労災など)を受けていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	介護保険サービスが必要な身体状態になった原因は、交通事故等(第三者行為)によるものですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

★「はい」のチェックがあれば 高齢課 指定指導担当 へ