

介護保険

要介護認定・要支援認定

提出される日付を記載してください。郵送での提出の場合は市が受理した日が受付日となります

草加市長 あて

要介護更新認定・要支援更新認定

次の該当する申請区分に○をつけてください

令和 年 月 日

申請者氏名	草加 花子	被保険者との関係	長女
-------	-------	----------	----

提出代行者名	ご本人、またはご家族が申請する場合は、記載は必要ありません。事業所が代行で提出する場合は申請者がご本人の場合でも事業所名の記載が必要となります。		
--------	--	--	--

申請者又は	〒	通知カード・個人番号カードに記載されている12桁の番号を記入してください	048-123-4567
-------	---	--------------------------------------	--------------

介護保険被保険者証にある被保険者証番号を記入してください

〇市〇〇町1

被保険者番号	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6	個人番号	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6 7 8				
医療保険	保険者名	〇〇健康保険組合	保険者番号	1234567			
	被保険者証	記号	〇〇〇〇	番号	××××	枝番	〇×▽
フリガナ	ソウカ タロウ		生年月日	明・大・昭	10年	1月	2日
氏名	草加 太郎		性別	男	女		
住所	〒 草加市××町1丁目1番1号		電話番号(日中の連絡先)	048-900-0000			

医療保険被保険者証に記載されている医療保険情報について記載してください。2号被保険者(40歳~64歳の医療保険加入者)の申請の場合、医療保険情報をご記入の上、医療保険被保険者証の写しが必要です。

前回の要介護認定の結果等	※14日以内に他自治体から転入したもののみ記入	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)
現在の状況	在宅	介護老人福祉施設	施設 介護療養型医療施設 介護医療院 (その他)
入院・入所している方	入院・入所施設の名称・所在地・電話番号 〇〇〇〇病院 草加市〇〇町123番地 TEL 048-〇〇〇-〇〇〇〇	期間	3年 5月 1日~ 3年 6月 末日 入院・入所中 退院・退所予定
日常生活の状況		訪問調査実施日希望	年 月 日 午前・午後

施設入所・医療機関入院の場合は、入所(院)先の住所・連絡先・入院期間を記載してください

主治医について	医療機関名	〇〇〇〇病院	診断名、心身の状態、日常生活で介護を要しているところ、利用サービス等を記入してください。次頁の「認定申請における確認事項」を記載の場合は未記入で結構です。
	主治医氏名	埼玉 太郎	現在のお体の状況を一番よくわかっている医師を主治医として記載してください。主治医名はフルネームで正確に記載してください。記載して頂ける主治医は1名のみとなります。
	住所	〒340-〇〇〇〇 草加市〇〇町123番地	

2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入してください。

特定疾病名	特定疾病名は、医師にご確認の上記載してください。
-------	--------------------------

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成する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、及び主治医意見書を、草加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若しくは介護保険施設の関係人、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、更新申請では申請から30日以内に認定されない時には認定の有効期間であれば、延期通知の省略に同意します。

保険者使用欄

被保険者証	<input type="checkbox"/> 回収済	<input type="checkbox"/> 調査時回収	<input type="checkbox"/> 有	被保険者氏名	草加 太郎
	<input type="checkbox"/> 給付	収納状況		代筆者氏名	〇〇 〇〇

上記文章を必ずお読みいただき、同意のご署名をいただきますようお願いいたします。代理で署名される場合、代筆者欄にその方のお名前を記載してください。

**\* 介護保険認定申請における確認事項**

以下の内容について、わかる範囲でご記入ください。

被保険者氏名	草加 太郎			
調査への立会い者  有 無 立会いなしの理由	訪問調査先	自宅・病院・施設・住所外以外の住居 (続柄) 長女 宅 ) 病院: 病棟 号室 住所外以外の住居:住所( 〇〇市〇〇町123番地 )		
	立会い者氏名	ふりがな そうか はなこ 草加 花子	本人との関係	長女
	立会い者連絡先	① 048-123-4567 ② 090-1234-5678	連絡の取りやすい時間帯	
	調査希望日	・ 月 火 水 木 金 ・ 午前 午後 ・電話にて相談希望 * 調査担当から事前に電話連絡いたします。		
主治医意見書について	最終受診日 (入院中の方を除く)	3年 〇〇 月 〇〇 日 頃 入院中 * 主治医は本人の現在の状況をよく知っている医師としてください。		
調査対象者の状況	主な疾患名	いつ頃から? 年 月頃から		
		いつ頃から? 年 月頃から		
		いつ頃から? 年 月頃から		
	生活の状況	・ 歩行 自立 杖等につかまって歩 歩行できない ・ 排泄 自立 一部介助が必要 全て介助が必要 ・ 着替え 自立 一部介助が必要 全て介助が必要 ・ 食事 自立 一部介助が必要 全て介助が必要 ・ その他		
	認知症の症状など	このところ、物忘れと被害的になることが多い。認知症については未受診です。		
	利用している・したい介護サービス	訪問介護・デイサービス・デイケア(通所リハビリ)・ショートステイ・訪問看護 福祉用具・住宅改修・施設入所・その他( )・未定		
	その他留意点など	まもなく退院予定。退院後は長女宅でしばらく過ごす予定 認定調査は長女宅でお願いします。		

**\* 申請・記入にあたってのお願い**

- ・申請時には、介護保険被保険者証(黄色)を提出してください。第2号被保険者(40歳~64歳の方)については、医療保険被保険者証(健康保険被保険者証)の写しも併せて提出してください。
- ・認定調査に家族の立会いができず、調査対応困難が予測される場合は、市へご相談ください。
- ・眼科、耳鼻科、皮膚科の医師の場合、意見書記載が出来ない場合がございますので、主治医にご相談の上、ご記入ください。
- ・主治医欄に記載のある医師に、草加市から主治医意見書記載依頼をいたします。要介護認定申請をした旨を説明しておいてください。
- ・入院中で病状不安定、退院の見込みが未定、転院の予定がある場合等は、主治医意見書作成について主治医に了承いただいてから申請してください。