

## 介護保険

要介護認定・要支援認定  
要介護更新認定・要支援更新認定

## 申請書

草加市長 あて  
次のとおり申請します。

令和 年 月 日

|                         |                                                                  |          |  |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------|----------|--|
| 申請者氏名                   |                                                                  | 被保険者との関係 |  |
| 提出代行者<br>名 称            | 該当に○(地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設・介護医療院) |          |  |
| 申請者又は<br>提出代行者<br>の 住 所 | 〒 電話番号                                                           |          |  |

|                  |                  |                                         |                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |      |             |                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------|------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|------|-------------|---------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 被<br>保<br>険<br>者 | 被保険者番号           |                                         |                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |  |  | 個人番号 |             |                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | フリガナ             |                                         |                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |  |  | 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日 |                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | 氏 名              |                                         |                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |  |  | 性 別  | 男 ・ 女       |                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | 住 所              | 〒 電話番号(日中の連絡先) _____                    |                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |      |             |                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | 前回の要介護<br>認定の結果等 | ※要介護・<br>要支援更新<br>認定の場合<br>のみ記入         | 要介護状態区分 1 2 3 4 5 経過的要介護 要支援状態区分 1 2                                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |      |             |                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  |                  |                                         | 有効期間 年 月 日～ 年 月 日                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |      |             |                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  |                  | ※14日以<br>内に他自<br>治体から転<br>入したもの<br>のみ記入 | 転出元自治体(市町村)名[ ]<br>現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。<br>(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)<br>はい・いいえ<br>「はい」の場合、申請日 令和 年 月 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |      |             |                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | 現在の状況            | 在宅 介護老人福祉施設 介護老人保健施設 介護医療院 その他          |                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |      |             |                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | 入院・入所<br>している方   | 入院・入所施設の名称・所在地・電話番号                     |                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |      |             | 期 間<br>年 月 日～ 年 月 日<br>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<br>年 月 日 午前・午後              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|             |       |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------|-------|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 主治医<br>について | 医療機関名 |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             | 主治医氏名 |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 診療科目 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             | 住 所   | 〒 電話番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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。

|           |  |               |  |
|-----------|--|---------------|--|
| 加入医療保険者名  |  | 医療保険被保険者証記号番号 |  |
| 特 定 疾 病 名 |  |               |  |

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ためには必要があるときは、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に同意します。

## 保険者使用欄

|        |                                                               |          |                            |
|--------|---------------------------------------------------------------|----------|----------------------------|
| 被保険者証  | <input type="checkbox"/> 回収済                                  | 収納<br>状況 | <input type="checkbox"/> 有 |
|        | <input type="checkbox"/> 調査時回収                                |          | <input type="checkbox"/> 無 |
|        | <input type="checkbox"/> 紛失                                   |          |                            |
| 2号被保険者 | <input type="checkbox"/> 医療保険被保険者証写し                          |          |                            |
| 資 格    | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明(資格担当へ) |          |                            |

被保険者氏名  
代 筆 者 氏 名

## \* 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                                                 |                     |                                                                                                                          |             |  |
| 調査への立会い者<br><br><b>有</b><br><br><b>無</b><br>(立会いなしの理由) | 訪問調査先               | 自宅・病院・施設・住所地以外の住居 ( (続柄)<br>病院: 病棟 号室<br>住所地以外の住居: 住所( )                                                                 |             |  |
|                                                        | 立会い者氏名              | ふりがな                                                                                                                     | 本人との関係      |  |
|                                                        | 立会い者連絡先             | ①                                                                                                                        | 連絡の取りやすい時間帯 |  |
|                                                        |                     | ②                                                                                                                        |             |  |
|                                                        | 調査希望日               | ・ 月 火 水 木 金 ・電話にて相談希望<br>・ 午前 午後<br>* 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<br>(入院中の方を除く) | 年 月 日 頃<br>* 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く 歩行できない<br>・ 排泄 自立 一部介助が必要 全て介助が必要<br>・ 着替え 自立 一部介助が必要 全て介助が必要<br>・ 食事 自立 一部介助が必要 全て介助が必要<br>・ その他 ( ) |             |  |
|                                                        | 認知症の症状など            |                                                                                                                          |             |  |
|                                                        | 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<br>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            |                                                                                                                          |             |  |

### \* 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。