

## 記入例 介護保険(要介護・要支援)認定申請書

新規 更新 変更 転入 (該当するものにし点を付けてください。)

マイナンバー12ケタ (不明な場合は未記入で差し支えありません)

富田林市長 様

次のとおり申請します。

個人  
番号

被 保 険 者 ( 認 定 を 受 け よ う と し て い る 本 人 )														
フリガナ	トндаバヤシ タロウ			性別	富田林市常盤町〇番×号									
氏 名	富田林 太郎			男	住 所	( 電話番号 0721 - 〇〇 - ×××× )								
生年月日	明・大 昭 △年 〇月×日 生まれ ( 〇〇 歳 )			被保険者 番 号	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6
医療保険	保険者名	富田林市国民健康保険			保険者番号	270157								
	被保険者 記号・番号	記号	富国		番号	123456		枝番	01					
現在の介護 認定区分	<input type="checkbox"/> 要支援(1・2) <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5													
有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで													
※14日以内に 他自治体から 転入してきた者 のみ記入	転出元自治体(市町村)名【 】										介護認定をお持ちの方は記入して下さい。			
	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			
入院・入居 の有・無	病院等	名称	〇×病院					入院日 〇年 〇月 ×日 から						
		所在地	△△市××町					退院見込 〇年 △月 〇日 頃						
(有・無) どちらかに〇 をつけてくださ	介護保険 施設	名称	入居日 年 月 日 から											
		所在地	退居見込 年 月 日 頃											
主治医	主治医の 氏 名	〇〇 ×× 先生			医療機関名	〇×病院								
	所 在 地	△△市××町					電話番号 ( ×××× ) △△ - 〇〇〇〇							
変更申請の場合 は具体的な理由を 記入してください。														
特定疾病名(40歳から64歳までの人のみ記入して下さい)														

・介護保険証をお持ちの方は**原本**を添付してください。  
・医療保険を受けられている方は内容を提示してください。(郵送申請者並びに40歳から64歳以下の方はコピーを添付してください。但し、(富田林市)国民健康保険及び(大阪府)後期高齢者医療保険にご加入の方はコピーの添付は不要です。)

提出代行者 名 称	居宅介護支援事業者・介護保険施設(特養・老健・療養型・介護医療院)・地域包括支援センター ・社会保険労務士・在宅介護支援センター・その他[続柄: ]													
●住所	〒584-〇〇××													
●名称(名前)	富田林市常盤町〇番×号													
●電話番号	( 0721 ) 〇〇 - ××××													
● 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、富田林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、富田林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。														
● 判定結果が非該当・要支援1・2となった場合は、私の居住地を担当する地域包括支援センターへ私の氏名・居所・生年月日・連絡先・判定結果・意見・契約締結している場合は、居宅介護支援事業者名を情報提供することに同意します。														
● 更新申請について、現在の有効期間内に要介護認定を行うことが可能と見込める場合、介護保険法第27条第11項に規定する延期通知の送付は必要ありません。														
本人氏名										富田林 太郎				
代筆者 (本人署名以外)										富田林 花子 続柄( 妻 )				

市記入	保険証	保険料	資格証	前調査	居宅	入力	主治医	調査	その他
-----	-----	-----	-----	-----	----	----	-----	----	-----

## 記入例

## 認定調査について

要介護認定のために、認定調査員が自宅等を訪問し、心身の状況等をうかがいます。  
日程調整などを円滑に行うため必要となりますのでご記入ください。

(氏名) **富田林 太郎**(被保険者番号) **123456**

## 1. 訪問先住所を記入ください (病院名 (病棟)・マンション名・施設名もご記入ください)

訪問先住所	<input checked="" type="checkbox"/> 住民票住所 <input type="checkbox"/> 左記以外⇒ ( )
-------	--

## 2. 日程調整はどなたにすればよろしいですか (委託している事業所から連絡が入る場合もあります。)

フリガナ 連絡先氏名	トシダバヤシ ハナコ <b>富田林 花子</b> (本人との関係: <b>妻</b> )
電話番号	①( <b>090</b> ) △△△△ - ×××× ②( <b>0721</b> ) 〇〇 -××××
連絡可能な時間帯	<input checked="" type="checkbox"/> いつでもよい <input type="checkbox"/> 時頃から 時頃

## 3. 訪問調査時に同席される方はいますか

同席者	<input checked="" type="checkbox"/> 連絡先と同じ <input type="checkbox"/> 同席なし <input type="checkbox"/> その他 ( 本人との関係: )
-----	---

## 4. 調査に都合の悪い曜日や時間帯はありますか (調査日時の指定はお受けできません)

→ 都合の悪い曜日と時間帯に×をつけてください。※調査開始時間は原則、9時半から15時半です。

	月曜	火曜	水曜	木曜	金曜
午前	×				
午後			×		

## 5. 本人の状況について

申請理由	(例)〇月×日に自宅で転倒し、腰椎圧迫骨折で入院中。車いす生活になる可能性もあり、在宅復帰後にリハビリのためデイサービスや一人暮らしのためヘルパーを希望して申請。
調査時に配慮すべき点	※手話通訳や筆談が必要。難聴で大きな声でないと聞こえない 等 <b>難聴のため大きな声でゆっくり話してください。</b>

## 6. 現在受けている在宅サービスの状況について (申請月のサービス利用がある方のみ)

訪問介護	訪問入浴	訪問看護	訪問リハビリ	居宅療養	通所介護	通所リハビリ	短期入所生活	短期入所療養	特定施設
回/月	回/月	回/月	回/月	回/月	回/月	回/月	日/月	日/月	日/月
看護小規模	福祉用具貸与	福祉用具購入	夜間訪問介護	認知通所介護	小規模多機能	グループホーム	地密特定施設	地域密着特養	定期巡回
日/月	品/月	品/月	日/月	日/月	日/月	日/月	日/月	日/月	回/月

●住宅改修 (なし・あり) ●介護保険以外の在宅サービス「 」

\*この用紙に記入されている内容については、認定調査を依頼する際のみ活用されます。調査受託者については、『富田林市介護保険要介護認定調査受託契約第9条』により厳正な取扱いが規定されています。