

# 介護保険 要介護認定・要支援認定

**記入例** 申請の際は、必ず介護保険被保険者証（橙色）を添付してください。

糸島市長 様 次のとおり申請します。 申請年月日

申請区分	<input checked="" type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 更新	<input type="checkbox"/> 区分変更	<input type="checkbox"/> 新規 (予防給付から介護給付へ)	<input type="checkbox"/> 転入
申請理由 (主な疾患名、心身の状況の変化等)	区分変更申請の場合 <input type="checkbox"/> 状態悪化 <input type="checkbox"/> 状態改善 圧迫骨折による退院後、歩行が不安定である。 入浴に介助を要する。				更新申請の場合も、前回認定時との状態の変化を記入してください。

※申請者	フリガナ	イトシマ ハナコ		本人との関係	子
	氏名	糸島 花子			
	住所	〒819-1192 糸島市前原西一丁目1番1号 △△マンション〇〇号室 電話番号 090-1234-5678			
	提出代行者	事業種類	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設		
	名称	事業所印	提出者氏名 (担当者氏名)		
	所在地	〒 - 電話番号 - -			

※申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

被保険者情報	被保険者番号	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3
	フリガナ	イトシマ タロウ		性別 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	氏名	糸島 太郎		生年月日 <input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 11年12月13日 年齢 (**歳)
	住所	〒819-1113 糸島市前原 1783 番地1 電話番号 092-123-4567		

※該当がある場合記入	前回の要介護認定の結果等	(該当に○) 要支援 1 2 ・ 要介護 1 2 3 4 5 <u>事業対象者</u> 非該当 有効期限: 年 月 日 から 年 月 日まで			
	過去6か月に 入所入院した 施設・病院等 の名称と期間	名称 △△総合病院	病名 (第三腰椎圧迫骨折)	2年 3月 4日 ~ 2年 5月 6日	
		名称	病名 ( )	年 月 日 ~ 年 月 日	
		名称	病名 ( )	年 月 日 ~ 年 月 日	
	第2号被保険者 (40歳から64歳の医療保険加入者)	特定疾病名			

医療保険	保険者名	<input type="checkbox"/> 糸島市国民健康保険 <input checked="" type="checkbox"/> 福岡県後期高齢者医療保険 <input type="checkbox"/> その他 ( )		保険者番号	必ず記載してください。日にちが不明な場合は、上旬・中旬・下旬の記載をお願いします
	被保険者証	記号	番号		

※糸島市国民健康保険及び福岡県後期高齢者医療保険加入者の場合は保険者番号・被保険者証記号番号枝番の記載不要。

主治医	医療機関名称	△△総合病院	主治医氏名	福岡 一郎 ※フルネームを記入
	所在地	〒819-9999 福岡市西区△△町一丁目10番10号 電話番号 092-123-4567		受診の頻度 月1回 受診(予定)日 6/7

希望する訪問調査の曜日と時間帯にチェック	<input checked="" type="checkbox"/> 月曜日 <input type="checkbox"/> 火曜日 <input checked="" type="checkbox"/> 水曜日 <input type="checkbox"/> 木曜日 <input type="checkbox"/> 金曜日 <input type="checkbox"/> 午前9時30分から <input type="checkbox"/> 午前10時30分から <input checked="" type="checkbox"/> 午後1時30分から <input checked="" type="checkbox"/> 午後2時30分から その他 6/7は病院受診のため都合が悪い。	
訪問調査に関する連絡先	<input type="checkbox"/> 被保険者本人 <input checked="" type="checkbox"/> 家族 (子: 糸島 花子) <input type="checkbox"/> その他 ( )	電話番号 090-1234-5678

申請書を調査事業者に送付する場合がありますので、あらかじめご了承ください。

受付 ( )	調査日	月 日 ( )	調査開始	時 分から
	調査員	委託・市 ( )	同席者	家族 ( ) CM
	調査場所	自宅 ( )	駐車場所	有・無 ( )

※裏面も記入してください。

- ・介護サービス計画または介護予防サービス計画を作成するために必要があるときは、  
①要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、②介護認定審査会による判定結果・意見  
③主治医意見書 以上三点を、地域包括支援センター及び居宅介護支援事業者、介護保険施設、主治医意見書を記載した医師に、糸島市から提供することに同意します。
- ・施設や病院内で訪問調査を実施するときは、施設や病院内の職員等から被保険者の心身の状況について聴取することに同意します。
- ・更新申請の場合、現在の要介護（要支援）状態区分の有効期間内に認定を行うことができるときは、延期通知を省略することに同意します。

本人氏名 糸島 太郎

※代筆の場合

代筆者氏名 糸島 花子 (被保険者との関係) 子

住所又は

所在地 糸島市前原西一丁目1番1号 △△マンション〇〇号室

被保険者本人の状況について記入してください。

世帯の状況	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input checked="" type="checkbox"/> 配偶者のみ <input type="checkbox"/> その他 ( )
認知症の有無	<input type="checkbox"/> 症状はない <input checked="" type="checkbox"/> 症状がある 例) 最近物忘れが多くなった。
感染症の有無	<input checked="" type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
現在の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 居宅 <input type="checkbox"/> 施設 ( ) <input type="checkbox"/> 医療機関入院中 (退院予定日 )
申請の理由	① 在宅サービスの利用を検討 例) リハビリ、シャワーチェアの購入 〔通所・訪問・福祉用具 (貸与 販売)・住宅改修・その他 〕 ② 施設サービスの利用を検討
訪問調査時の留意事項	※本人に告知していない病名、別室での聞き取り調査、本人の状態など配慮が必要なことがある場合は必ず記入してください。 認知症の症状や排泄に関することは本人の前では話しづらいので、別室で話を聞いてほしい。

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特別の事情がある場合のみご記入ください。今回の認定結果通知にのみ適用されます。すでに介護保険関係書類送付先変更届出書の提出がある場合はそちらが優先となります。
住所名	〒819-1192 糸島市前原西一丁目1番1号 △△マンション〇〇号室 電話番号 090-1234-5678 糸島 花子 様方
理由	認知症の症状があり、書類の管理が難しいため。

申請書に記載された事項は、緊急時における糸島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。