

# 介護保険認定申請書

八女市長 様

次のとおり申請します。

|       |          |
|-------|----------|
| 申請年月日 | 令和 年 月 日 |
|-------|----------|

|                                      |                 |                                      |  |               |    |          |   |   |         |   |   |      |                      |  |  |  |
|--------------------------------------|-----------------|--------------------------------------|--|---------------|----|----------|---|---|---------|---|---|------|----------------------|--|--|--|
| 被<br>保<br>険<br>者                     | 申請区分            | 新規 ・ 変更 ・ 更新                         |  |               |    |          |   |   |         |   |   |      |                      |  |  |  |
|                                      | 介護保険被保険者番号      |                                      |  |               |    |          |   |   |         |   |   | 個人番号 |                      |  |  |  |
|                                      | フリガナ            |                                      |  |               |    |          |   |   |         |   |   | 生年月日 | 明治・大正<br>昭和・平成 年 月 日 |  |  |  |
|                                      | 氏名              |                                      |  |               |    |          |   |   |         |   |   | 性別   | 男 ・ 女                |  |  |  |
|                                      | 住所              | 〒                                    |  |               |    |          |   |   |         |   |   |      |                      |  |  |  |
|                                      |                 | 電話番号 - -                             |  |               |    |          |   |   |         |   |   |      |                      |  |  |  |
|                                      | 前回の要介護認定の結果等    | ※更新・変更申請の場合に記入<br>(認定切れの介護度がある場合も記入) | 要介護状態区分  | 1             | 2  | 3        | 4 | 5 | 要支援状態区分 | 1 | 2 |      |                      |  |  |  |
|                                      |                 |                                      | 有効期限   | 令和 年 月 日      | から | 令和 年 月 日 |   |   |         |   |   |      |                      |  |  |  |
|                                      |                 | ※14日以内に<br>他自治体から<br>転入した者<br>のみ記入   | 転出元自治体(市町村)名   | 〔 〕           |    |          |   |   |         |   |   |      |                      |  |  |  |
|                                      | 変更申請の理由         | ※変更申請の場合に記入                          | 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<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」の場合、申請日 年 月 日 |               |    |          |   |   |         |   |   |      |                      |  |  |  |
| 過去6月間の<br>介護保険施設、医療機関<br>等への入院、入所の有無 | 介護保険施設等の名称等・所在地 | 期間                                   | 年 月 日 ~ 年 月 日  |               |    |          |   |   |         |   |   |      |                      |  |  |  |
|                                      | 介護保険施設等の名称等・所在地 | 期間                                   | 年 月 日 ~ 年 月 日  |               |    |          |   |   |         |   |   |      |                      |  |  |  |
|                                      | 医療機関等の名称等・所在地   | 期間                                   | 年 月 日 ~ 年 月 日  |               |    |          |   |   |         |   |   |      |                      |  |  |  |
|                                      | 有 ・ 無           | 医療機関等の名称等・所在地                        | 期間   | 年 月 日 ~ 年 月 日 |    |          |   |   |         |   |   |      |                      |  |  |  |

|                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 申請者氏名<br>・<br>提出代行者名称 | 提出代行者の場合は該当に○(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・介護医療院)<br><br>(続柄 ) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所                    | 〒  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                       | 電話番号 - -   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|     |          |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |
|-----|----------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------|--|--|--|--|
| 主治医 | 主治医の氏名   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 医療機関名 |  |  |  |  |
|     | 所在地      | 〒 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |
|     | 電話番号 - - |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |

第二号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

|       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |    |  |
|-------|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------|--|--|----|--|
| 特定疾病名 |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |    |  |
| 医療保険  | 保険者名      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 保険者番号 |  |  |    |  |
|       | 被保険者記号・番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 番号    |  |  | 枝番 |  |

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、八女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、八女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。

同意する

----- 以下事務処理欄 -----

|     |        |        |             |             |             |               |       |      |
|-----|--------|--------|-------------|-------------|-------------|---------------|-------|------|
| 受付印 | システム入力 | 被保険者証  | 滞納          | 認定結果<br>送付先 | 前回<br>訪問調査員 | システム<br>送付先登録 | OCR処理 | 訪問調査 |
|     |        | 回収・未回収 | 有・無<br>( 月) | 有・無         |             | 有 ・ 無         | /     |      |

**【認定調査連絡票】** ※この様式は申請書の裏面に印刷をお願いします。

|               |   |
|---------------|---|
| 訪問調査の<br>の立会い | <input type="checkbox"/> 有 立会者名： (続柄 ) TEL - -  |
|               | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 本人のみの調査 TEL - -<br><input type="checkbox"/> 施設・病院等の職員に任せる (担当 ) TEL - - |

|                         |                    |
|-------------------------|--------------------|
| 日程調整の連絡先<br>※②は必要に応じて記入 | ①氏名： (続柄 ) TEL - - |
|                         | ②氏名： (続柄 ) TEL - - |

|        |   |         |
|--------|---|---------|
| 調査開始時間 | A : 10 : 00 ~ 11 : 00    B : 13 : 00 ~ 14 : 00    C : いつでも可 | 調査できない日 |
|        | ※調査場所によっては調査員との協議により30分前後の調整が可能な場合もあります                     |         |

|      |  |
|------|--|
| 調査場所 | <input type="checkbox"/> 自宅 調査員用の駐車スペースの有無 ( 有 ・ 無 )       |
|      | <input type="checkbox"/> 入院 病院 ( ) 病名 ( )<br>年 月 日 ~ 年 月 日 |
|      | <input type="checkbox"/> 施設 ( )                            |
|      | <input type="checkbox"/> その他 ( )                           |

|         |  |
|---------|--|
| 調査時の留意点 |  |
|---------|--|

| 現在の状態<br>(新規申請のみご記入ください) |  | サービス利用状況<br>(更新・変更申請のみご記入ください) |        |
|--------------------------|--|--------------------------------|--------|
| 申請理由                     |  | 通所介護                           | ( /w ) |
| 家族状況                     | <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 夫婦二人<br><input type="checkbox"/> 子供家族と同居 <input type="checkbox"/> その他 ( ) | 訪問介護                           | ( /w ) |
| 生きがい<br>デイサービス           | <input type="checkbox"/> 利用なし<br><input type="checkbox"/> 利用あり※認定を受ければ利用できなくなります   | 訪問リハビリ                         | ( /w ) |
| 医療系サービス                  | <input type="checkbox"/> 利用なし<br><input type="checkbox"/> 利用あり (訪問看護・通所リハビリ等)<br>※認定を受ければ利用できなくなる場合があります                       | 通所リハビリ                         | ( /w ) |
|                          |  | その他                            | ( )    |

**【認定結果送付先指定届出書】**

以下は、該当する場合のみご記入ください。指定がない場合は、本人住所、または市に登録された送付先へ郵送します。

| 認定結果の送付先 |          |
|----------|----------|
| 〒        | 氏名 (続柄 ) |
|          | 連絡先 - -  |

認定結果の窓口受取を希望される場合は、下記へご記入ください。

| 認定結果の窓口受取     |                                 |              |       |
|---------------|---------------------------------|--------------|-------|
| 受取場所          | <input type="checkbox"/> 本庁     | 氏名<br>(事業所名) | (続柄 ) |
|               | <input type="checkbox"/> ( ) 支所 |              |       |
| 委任状<br>(提出時点) | 有 ・ 無                           | 連絡先          | - -   |