

介護保険 要介護・要支援 認定申請書

加古川市長様
次のとおり申請します。

☐新規

☐更新

変更

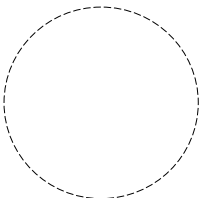
☐区分変更

☐要介護への新規

☐要支援への新規

☐支援内区変

☐転入等



受付・申請日

①介護を必要としておられる方について記入してください。

ふりがな			生年月日	大正・昭和 年 月 日		性別	男・女
氏名							
住民票の住所	〒 - 電話番号()						
申請理由 (新規・変更申請時)							
医療保険	保険者名	国民健康保険(加古川市)・兵庫県後期高齢者医療保険・その他()					
☐ 提示 ☐ 写し	記号		番号		枝番		保険者番号

※40歳～64歳の第2号被保険者は、医療保険資格情報の確認できる物の提示、または写しの提出が必要となります。

②訪問調査場所(実際に生活しておられる場所)について記入してください。

訪問調査場所	住民票住所と同じ	入院中又は入所中	その他(親族宅・高齢者住宅等)
--------	----------	----------	-----------------

※「入院中又は入所中」、「その他」を選択した方は以下も記入してください。

病院・施設名 親族名			入院中の方 階 病棟 号室	入院・入 所期間	年 月 日 から
住所	〒 - 電話番号()			☐ 年 月 日まで	☐ 退院又は退所は未定

③主治医(今回、介護保険の意見書を書いていただく医師)について記入してください。

医療機関名	医師名 (フルネーム)		最終 受診日	年 月 日
所在地	〒 - 電話番号()		次回 予定日	年 月 日

④訪問調査の立会者について記入してください。

ふりがな			電話番号	()
立会者氏名			携帯電話	
被保険者 との関係	本人の	居住地	本人と同居・別居(市内・県内・県外)	
連絡事項				

⑤申請者について記入してください。

ふりがな			被保険者との関係	事業者 種別	いずれかに○ 1. 居宅介護支援事業者 2. 指定介護老人福祉施設 3. 介護老人保健施設 4. 介護医療院 5. 地域包括支援センター 6. 地域密着型介護老人福祉施設
氏 事 業 者 名					
住 所 在 地	〒 - 電話番号()				

40歳～64歳の方(第2号被保険者)は
右欄に特定疾病を記入してください。

特定疾病名	
-------	--

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、加古川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、加古川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。なお、認定更新申請から30日以内に認定がされない場合、現在の認定の有効期間内であれば、認定延期通知の省略に同意します。

本人氏名

介護保険被保険者番号

個人番号(マイナンバー)

市 記 入 欄	前回申請区分	新・更・区・要・転入等		／			
	前歴	自立・支1・支2・1・2・3・4・5		受付	月 日 入力	照合	
	前回の有効期間	年 月 日 ～ 年 月 日		保険料滞納	有・無		

介護保険 要介護・要支援 認定申請書(控)

加古川市長様
次のとおり申請します。

☐新規

☐更新

変更

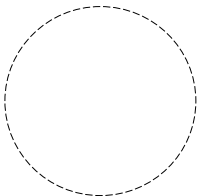
☐区分変更

☐要介護への新規

☐要支援への新規

☐支援内区変

☐転入等



①介護を必要としておられる方について記入してください。 受付・申請日

ふりがな			大正・昭和	性別	男・女
氏名			生年月日	年 月 日	
住民票の住所	〒 - 電話番号()				
申請理由 (新規・変更申請時)					
医療保険	保険者名	国民健康保険(加古川市)・兵庫県後期高齢者医療保険・その他()			
☐ 提示 ☐ 写し	記号	番号	枝番	保険者番号	

※40歳～64歳の第2号被保険者は、医療保険資格情報の確認できる物の提示、または写しの提出が必要となります。

②訪問調査場所(実際に生活しておられる場所)について記入してください。

訪問調査場所	住民票住所と同じ	・	入院中又は入所中	・	その他(親族宅・高齢者住宅等)
--------	----------	---	----------	---	-----------------

※「入院中又は入所中」、「その他」を選択した方は以下も記入してください。

病院・施設名 親族名			入院中の方 階 病棟 号室	入院・入所期間	年 月 日から
住所	〒 - 電話番号()			☐ 年 月 日まで	☐ 退院又は退所は未定

③主治医(今回、介護保険の意見書を書いていただく医師)について記入してください。

医療機関名			医師名 (フルネーム)	最終受診日	年 月 日
所在地	〒 - 電話番号()			次回予約日	年 月 日

④訪問調査の立会者について記入してください。

ふりがな			電話番号	()	
立会者氏名			携帯電話		
被保険者との関係	本人の	居住地	本人と同居・別居(市内・県内・県外)		
連絡事項					

⑤申請者について記入してください。

ふりがな			被保険者との関係	事業者 種別	いずれかに○ 1. 居宅介護支援事業者 2. 指定介護老人福祉施設 3. 介護老人保健施設 4. 介護医療院 5. 地域包括支援センター 6. 地域密着型介護老人福祉施設
氏名 事業者名					
住所 所在地	〒 - 電話番号()				

40歳～64歳の方(第2号被保険者)は
右欄に特定疾病を記入してください。

特定疾病名	
-------	--

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、加古川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、加古川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。なお、認定更新申請から30日以内に認定がされない場合、現在の認定の有効期間内であれば、認定延期通知の省略に同意します。

本人氏名

(控)

《 認定申請 相談連絡票 》

申請代行事業所	
担当ケアマネジャー	

対象者		生年月日	大正・昭和	年	月	日生
		居住状況	独居 ・ 高齢世帯 ・ 家族と同居			

相談者		電話	— —			
		携帯電話	— —			
	住所 〒 —					続柄

①前回よりも状態が(改善 ・ 悪化) した。
(変更申請の場合はどちらかを○で囲んでください)

②申請に至った理由(移動・入浴・食事・排泄・認知症など)

③訪問や連絡時に注意すること
(病状未告知 ・ 電話やベルが聞えにくい ・ ベルを押してから時間がかかる)

④介護保険サービスの利用予定(有・無)

・ホームヘルプ(訪問介護) ・デイサービス(通所介護) ・訪問看護 ・ショートステイ
・レンタル() ・住宅改修 ・介護保険施設入所申請中 ・その他()