

介護保険 [要介護認定・要支援認定] 申請書

☆申請書の記入の仕方

新規・更新・変更 / 転入

申請年月日

個人番号

必ずどれかを選択し
○で囲んでください。

年 月 日 明・大・昭 年 月 日

別

親戚の家など施設等
以外の場合

電話番号

現在いる場所 (住民登録地と異なる場合)
老人福祉施設 老人保健施設 介護医療院 ケアハウス
医療機関入院 グループホーム 有料老人ホーム その他()

入所(院)施設名等 入所(院)日 年 月 日

住 所 棟 階 号室
 電話番号

入院中の場合は、病院名・病棟・
部屋番号を記入してください。

要介護状態区分 事業対象 非該当 要支援() 要介護()

有効期間 年 月 日から 年 月 日 認定日 年 月 日

転出元自治体(市町村)名 []
現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。

介護保険被保険者証を
見て記入してください。

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) はい・いいえ
はいの場合、申請日 令和 年 月 日

医療保険情報 ※該当に
総社市国民健康保険 岡山県後期高齢者医療保険 未加入(生活
その他【保険者名: 】 【保険者番号:
 記号・番号・枝番【 】

注意事項をご
確認ください。

※総社市国民健康保険・岡山県後期高齢者医療保険及び未加入の欄にチェックした場合、医療保険資格確認書の提示は不要です。
ただし、医療保険資格確認書等の提示または写しの添付が必要な場合があります。

提出代行者 氏名 または 事業所名 該当に親族/代理人(続柄:) 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

ケアマネ
担当者名

電話番号

主治医
 ・居宅介護支援事業所が代行する場合は、担当ケアマネジャーの氏名も記入してください。
 ・提出者(事業者)の印鑑は不要です。
 ※法令上、認知症対応型共同生活介護事業者や小規模多機能型居宅介護事業者、有料老人ホーム等の上記に記載のない者は提出代行することはできませんのでご注意ください。

最終受診日 年月
受診予定日

電話番号

○第2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)のみ記入

特定疾病名 第2号被保険者の申請をする際は、必須です。

○変更申請の場合のみ記入

変更申請の理由 (具体的な介護状況)

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、
による判定結果・意見、主治医意見書、総社市が提供を受けた介護サービス計画及び
域包括支援センター
ビス事業者若しくは
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
な。)

被保険者本人の署名(代筆の場合は代筆者の氏名も記入) 被保険者や家族の意志確認のうえ
記入してください。

変更申請の場合
以前の介護に比べて、介護量の増減が変化した点を具体的に記入してください。

ができる場合、申請日から30日を超えて認定を行う場合であっても延期通知を送付し

本人氏名

代筆者()

※申請の際には、介護保険被保険者証を必ず添えてください。

【裏面もご記入ください。】

介護認定調査員が訪問調査に伺う際に参考にさせていただきますので、必ずご記入ください。

総社市確認欄

- * 申請後、介護認定調査員が訪問調査に伺う際に参考にさせていただきますので、必ずご記入ください。
- * 新規申請をされる方に、お尋ねします。該当する項目に○をつけてください。
- * 入院または手術

必ずどちらかに○をしてください。
(入院中・施設利用の場合は、同席可否を確認のうえ記入してください)

調等をお伺いします。
同席者に今の介護状態をお伺いします。

同席希望「有」の場合、連絡先を記入。
携帯等で構いませんので、日中に連絡が取れる連絡先をお願いします。

認定調査時ご家族同席希望の有無	有・無	同席者連絡先	フリガナ				
			氏名				
			日中可能な電話番号	①	②	連絡可能な曜日・時間 (※平日8時30分～17時の間となります。)	～
ご家族の状況	<input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> 高齢者のみ <input type="checkbox"/> ひとり暮らし						
被保険者の身体状況	1 最近1カ月以内に発症した病気や、骨折等のけが、入院歴がありますか。 ない ・ ある () (入院日: 月 日 / 退院(予定)日: 月 日)						
	2 慢性の病気がありますか ない ・ ある ()						
	3 物忘れ・認知症などでお困りのことがありますか ない ・ 少しある ・ ある ()						
	4 現在の心身の状況 ()						
その他調査員への連絡事項							

(※訪問調査は、原則、平日の9時から17時に行います。状況によりご希望に添えない場合がありますことをご了承ください。)

現在サービスの利用状況(予定)を記入し利用曜日を○で囲んでください。また、現在サービスを利用してお知らせください。

利用	サービス内容	サービス事業者名	利用状況						
	ヘルプサービス		月	火	水	木	金	土	日
	訪問看護		月	火	水	木	金	土	日
	デイサービス		月	火	水	木	金	土	日
	デイケア		月	火	水	木	金	土	日
	ショートステイ		月	日	～	月	日	利用予定	
	訪問入浴介護		月	火	水	木	金	土	日
	福祉用具貸与	(種類・貸与数)							
	特定福祉用具購入(6か月以内)	(種類)							
	住宅改修								
	その他()								

車椅子、特殊寝台、入浴補助用具等、具体的に記入してください。

※ 新規申請をされる方に、お尋ねします。該当する項目に○をつけてください。

介護申請をされたきっかけ	
1 本人希望	2 家族などの勧め
3 主治医・病院の勧め	4 介護保険事業所の勧め(事業所名:)
5 その他()	
サービス利用についての予定	
1 緊急にサービスを利用したい	2 認定結果が出てから、サービスを利用したい
3 その他()	

(総社市処理欄)