

介護保険 [要介護認定・要支援認定
要介護更新認定・要支援更新認定] 申請書

茨城県常総市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 者	介護保険 被保険者番号												個人番号																																				
	医 療 保 険	保険者名												保険者番号																																			
		被保険者証		記号								番号						枝番																															
	フリガナ												生年月日		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		※要介護・要支援更新認定の場合のみ記入		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		年					月					日					から					年					月					日														
			※14日以内に他自治体から転入した者のみ記入		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。 （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 年 月 日																																												
	過去6月間の 介護保険施設、 医療機関等への 入院、入所の 有無		介護保険施設の名称等・所在地										期間		年		月		日		～																												
介護保険施設の名称等・所在地										期間		年		月		日		～																															
医療機関等の名称等・所在地										期間		年		月		日		～																															
医療機関等の名称等・所在地										期間		年		月		日		～																															
有 ・ 無		医療機関等の名称等・所在地										期間		年		月		日		～																													

提 出 代 行 者	名 称		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・指定介護療養型医療施設・介護医療院）																									
	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																									
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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、介護認定調査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を、常総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若しくは介護保険施設の関係人に提示すること、並びに別紙常総市在宅医療・介護連携電子ネットワーク事業に関する事項について説明を受け、私の介護等に関する情報が関係機関間で共有されることに同意いたします。

本人氏名

裏面

常総市要介護認定申請等補助調査票

窓口用

申請代行業者名・申請者名（ ）

認定調査を正確に行うために必要な事項ですので、分かる範囲でご記入をお願いいたします。

※65歳以上の方は「1号被保険者」、40歳以上64歳以下の方は「2号被保険者」となります。（2号は特定疾病該当者のみ）

被保険者名	申請区分	<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号	主な 疾病名	手話 通訳	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要			
訪問調査時 同席者の氏名	氏名：		本人との関係：					
訪問調査の 連絡先	第1連絡先氏名 <input type="checkbox"/> 同上		第2連絡先氏名					
	電話番号		電話番号					
	電話連絡希望時間： <input type="checkbox"/> いつでも可 <input type="checkbox"/> 右の時間帯を希望（ ）時							
訪問調査日 についての要望	<input type="checkbox"/> なし	◇曜日（ ）曜日）を（ <input type="checkbox"/> 除く <input type="checkbox"/> 希望する）						
	<input type="checkbox"/> 有り	◇時間（午前・午後・その他 ）時）を（ <input type="checkbox"/> 除く <input type="checkbox"/> 希望する）						
現在受けている サービスの状況 及び提供事業者 □にレ点をつ け、空欄に業者 名と曜日を記入	訪問介護	<input type="checkbox"/>	福祉用具貸与	<input type="checkbox"/>				
	訪問入浴介護	<input type="checkbox"/>	短期入所生活介護	<input type="checkbox"/>				
	訪問看護	<input type="checkbox"/>	短期入所療養介護	<input type="checkbox"/>				
	訪問リハビリ	<input type="checkbox"/>	認知症対応型 共同生活介護	<input type="checkbox"/>				
	居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/>	特定施設入所者 生活介護	<input type="checkbox"/>				
	通所介護	<input type="checkbox"/>	福祉用具購入	<input type="checkbox"/>				
	通所リハビリ	<input type="checkbox"/>	住宅改修	<input type="checkbox"/>				
	その他	<input type="checkbox"/>						
居住状況 (調査場所)	□在宅（□住所地以外の宅： ） □施設入所（施設名： ） □病院入院（病院名： ） 退所・退院 予定日 月 日頃							
日常生活 自立度	□1. 一日中ベッド上で過ごす □2. 屋内での生活は介助を要するが、車椅子等での座位生活ができる □3. 屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない □4. 何らかの障害を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する							
認知症の有無	□なし □あり <input type="checkbox"/> 1 何らかの認知症は有するが、ほぼ自立している <input type="checkbox"/> 2 日常生活に支障をきたす症状が見られるが、誰かが注意していれば自立できる <input type="checkbox"/> 3 意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする							
最近の 受診状況	□あり 月 日頃受診（病院名： ） □なし →□内服薬のみ家族がもらってくる →□内服薬なし ※最近3カ月以内に受診した病院が無い場合は、介護保険課職員にその旨をお伝えください。							
その他	*訪問調査に対する希望や特記事項などがありましたらご記入ください。							
受付者記入欄	被保証回収	済・未	<input type="checkbox"/> 調査時に 資格者証渡す	申請方法	窓口・郵送	受付者	滞納	有・無
	個人番号 (提出時)	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未→	<input type="checkbox"/> 同意確認後、記入 <input type="checkbox"/> 未同意のため記入せず	番号確認	<input type="checkbox"/> 住民基本台帳 <input type="checkbox"/> 個人番号カード	代理権 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 他（	代理人 身元 確認	<input type="checkbox"/> 確認済