

介護保険

要介護認定・要支援認定
【 新規・更新・区分変更 】

申請書

栃木県下野市長

坂村 哲也 様

該当するものに☑をしてください

申請年月日

次のとおり申請します。

☐新規 ☐更新 ☐要支援からの新規申請 ☐転入 ☐区分変更

令和 年 月 日

被 保 険 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														
		被保険者番号	記号										番号						枝番								
	フリガナ												性 別		男 ・ 女												
	氏 名												生年月日		(歳)												
	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・区分変更の場合 のみ記入		要介護状態		要支援 1 ・ 2				要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5																		
			有効期間		令和 年 月 日 ～ 令和 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 [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か月間の介護 保険施設、医療機関 等への入院・入所の 有無(○を)		入院・入所施設名 ☐ 現在も入院・入所中 ☐ 現在是在宅										入院・入所の期間														
有 ・ 無		所 在 地																									

申 請 者	(提出 代行 者)	氏名 (名称)	該当に○(地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院)個人の方はフリガナを 担当者名()																					
		住所	☐ 被保険者と同じ 〒 電話番号																					

主 治 医	氏名	診療科(科)	医療機関名	直近の受診日: 月 日	
	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 ※医療保険証の写しを添付

特定疾病名	
-------	--

下記事項について、同意いたします。

1 介護保険法(平成9年法律第123号)の規定に基づき下野市が行う介護保険の要介護認定及び要支援認定(以下「要介護認定等」という。)に関して作成された個人情報に係る資料を本人、親族その他の関係者からの請求に対し、下野市介護保険情報の開示及び提供に関する事務取扱要綱に基づき提供すること。

2 介護保険法第115条の45第1項第1号及び第2項、同法第115条の45第3項第2号及び第3号に掲げる事業を、下野市地域包括支援センター設置規則に基づき実施するため、要介護認定等にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果及び主治医意見書を、下野市から下野市地域包括支援センターに提示すること。

3 要介護認定等更新申請について、有効期間内にその認定を行うことができる場合、延期通知を省略すること。

本人氏名: 家族氏名(代筆の場合): (続柄:)

※家族の方が記入する場合、本人と家族の氏名を両方ご記入ください。

続柄は、被保険者本人からみた関係をご記入ください。

居住場所等	☐ 在宅		自宅（ 独居 ・ 家族と同居： 人）			その他親類宅等（ ）																						
	☐ 施設・病院	施設名 病院名	□表面の申請書と同じ				病棟・ 病室		手術 予定	有 ・ 無																		
		入院時 診断名					今後の 予定	自宅 ・ 施設 ・ 転院	退院等 予定日																			
申請理由		※更新の方は、前回の調査時より状態の変化がある場合のみご記入ください。 ※新規・区分変更の方は、必ず申請理由をご記入ください。 ☐ 介護を要するに至った原因が交通事故等の第三者行為である																										
介護サービスについて		認知症状についての有無 ☐ 昼夜逆転 ☐ 易怒性 ☐ 徘徊 ☐ 不潔行為 ☐ 暴力 ☐ その他（ ）																										
利用している通所系サービスの利用日及び調査実施の都合が悪い曜日についてご記入ください		通所介護（デイサービス）、通所リハビリ（デイケア）、短期入所（ショートステイ）、透析等の通院など																										
		月	火	水	木	金	土	日	備考																			
午前																												
午後																												
その他 通院等 都合が悪い日																												
認定調査予約連絡欄		在宅での認定調査時は、家族の同席をお願いしております。 <table border="1" style="width: 100%; margin-top: 10px;"> <tr> <td>家族同席の有無</td> <td>同席する ・ 同席しない</td> <td>ケアマネ等職員の同席</td> <td>同席する ・ 同席しない</td> </tr> </table> ・ 認定調査は平日午前9時から10時、午後1時30分から午後2時30分くらいが調査開始時間となります。 ・ 認定調査の日程調整を調査員より連絡します。優先順に連絡先をご記入ください。 また施設職員やケアマネジャーが同席する場合は、担当者名と電話番号をご記入ください。 ・ 日程調整のため「SMS」でメッセージを送信する場合があります。できるだけ携帯電話番号をご記入ください。 <table border="1" style="width: 100%; margin-top: 10px;"> <tr> <td rowspan="3">連絡先</td> <td>①氏名 □表面の申請者と同じ：</td> <td>続柄（ ） □自宅 □携帯</td> </tr> <tr> <td>②氏名 □表面の申請者と同じ：</td> <td>続柄（ ） □自宅 □携帯</td> </tr> <tr> <td>連絡がつきやすい時間帯 ※平日8：30～16：00に連絡します</td> <td>午前 ・ 午後 ・ 着信があればかけなおす</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; margin-top: 10px;"> <tr> <td rowspan="3">その他</td> <td>・ 来客用の駐車場の有無</td> <td>有 ・ 無 注意事項（ ）</td> </tr> <tr> <td>・ 本人のいない場所での聞き取り希望</td> <td>有 ・ 無 注意事項（ ）</td> </tr> <tr> <td>・ 筆談の必要性</td> <td>要 ・ 不要 ・ 大きな声であれば可</td> </tr> </table>									家族同席の有無	同席する ・ 同席しない	ケアマネ等職員の同席	同席する ・ 同席しない	連絡先	①氏名 □表面の申請者と同じ：	続柄（ ） □自宅 □携帯	②氏名 □表面の申請者と同じ：	続柄（ ） □自宅 □携帯	連絡がつきやすい時間帯 ※平日8：30～16：00に連絡します	午前 ・ 午後 ・ 着信があればかけなおす	その他	・ 来客用の駐車場の有無	有 ・ 無 注意事項（ ）	・ 本人のいない場所での聞き取り希望	有 ・ 無 注意事項（ ）	・ 筆談の必要性	要 ・ 不要 ・ 大きな声であれば可
家族同席の有無	同席する ・ 同席しない	ケアマネ等職員の同席	同席する ・ 同席しない																									
連絡先	①氏名 □表面の申請者と同じ：	続柄（ ） □自宅 □携帯																										
	②氏名 □表面の申請者と同じ：	続柄（ ） □自宅 □携帯																										
	連絡がつきやすい時間帯 ※平日8：30～16：00に連絡します	午前 ・ 午後 ・ 着信があればかけなおす																										
その他	・ 来客用の駐車場の有無	有 ・ 無 注意事項（ ）																										
	・ 本人のいない場所での聞き取り希望	有 ・ 無 注意事項（ ）																										
	・ 筆談の必要性	要 ・ 不要 ・ 大きな声であれば可																										
備考欄																												
事務欄	受付		資格証		日程調整		前回認定		その他																			
	対応者		未・済		未・済	/ :		調査員	認定日		ターミナル																	
		窓 □ ・ 郵送								滞納																		
					担当						包括情報提供																	