

# 介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書

(宛先) 福岡市長

次のとおり申請します。

|     |   |   |   |
|-----|---|---|---|
| 申請日 | 年 | 月 | 日 |
|-----|---|---|---|

|  |   |           |
|--|---|-----------|
| 申請区分   | <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 区分変更 <input type="checkbox"/> 転入   転出元市町村名: _____ 異動日: / / |           |
| 被保険者   | 被保険者番号  | 個人番号      |
|  | フリガナ  | 生年月日      |
|  | 氏名  | 性別        |
|  | 住所  | (電話 - - ) |
| 主治医  | 医療機関・施設の名称  | 氏名        |
|  | 所在地   | (電話 - - ) |
| 現在の入所・入院等の有無<br>(短期入所を除く。)   | 有・無<br><small>入所・入院施設の名称</small><br><small>所在地</small>  | (電話 - - ) |
| 申請の理由<br>(主な疾患名, 心身の状況の変化等)  | <input type="checkbox"/> 区分変更申請の場合 <input type="checkbox"/> 状態悪化 <input type="checkbox"/> 状態改善  |           |
| <p>介護サービス計画等の作成等、および診療上の参考のため、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、および主治医意見書を、福岡市から認知症対応型共同生活介護事業者、特定施設入所者生活介護事業者、居宅介護支援事業者、小規模多機能型居宅介護事業者、介護保険施設事業者、地域包括支援センター、介護予防支援事業者、主治医意見書を記載した医師に提示することに同意します。</p> <p>更新申請については、要介護(要支援)認定が申請日から30日を超える場合であっても、現在の要介護(要支援)状態区分の有効期間であれば、認定までの見込み期間等を通知する書面を省略することに同意します。</p> |   |           |
| 本人署名<br>(記名押印可)  | 代筆者氏名<br>(本人署名欄を代筆した場合)   | 本人との関係    |

※申請者が被保険者本人の場合、記入不要です。

|     |             |  |
|-----|-------------|--|
| 申請者 | 氏名<br>(担当者) | (本人との関係)   |
|     | 住所          | (電話 - - )  |
|     | 提出代行業者名     | <small>右記の該当に○</small> 指定居宅介護支援事業者   地域密着型介護老人福祉施設   介護保険施設   地域包括支援センター |

※この欄は該当がある場合に記入してください。

|           |        |                               |
|-----------|--------|-------------------------------|
| 前回(現在)の認定 | 【状態区分】 | 要支援 1・2   要介護 1・2・3・4・5   非該当 |
|           | 【有効期間】 | 年 月 日 ~ 年 月 日                 |

※第2号被保険者(40歳以上65歳未満の医療保険加入者)は、特定疾病名も記入してください。

|       |         |
|-------|---------|
| 医療保険者 | 医療保険者番号 |
| 特定疾病名 | 記号・番号   |

以下は記入しないでください。

|      |            |      |                                 |    |    |     |
|------|------------|------|---------------------------------|----|----|-----|
| 意見書  | 在・施<br>新・継 | 新規内訳 | 東・博・中・南・城・早・西                   | 入力 | 受付 | 受付印 |
| 番号書類 | 有・無        |      | R2・えん・ハート・リライフ                  |    |    |     |
| 身元書類 | 有・無        |      | ラボ・サンク・ふぁみりい・日<br>ハピリィ・縁・居宅等・県外 |    |    |     |

# 要介護認定訪問調査個票

(認定申請書と併せてご提出ください)

|  |  |                 |        |   |        |       |   |   |    |
|--|--|-----------------|--------|---|--------|-------|---|---|----|
| 被保険者氏名   |  |                 |        |   |        |       |   |   |    |
| 調査希望曜日・時間  | <input type="checkbox"/> 特に希望無し<br><input type="checkbox"/> 希望有り → 希望曜日 (月・火・水・木・金)<br>※状況により、調査日のご希望に沿えない場合がございますので、ご了承ください。<br>希望時間 <input type="checkbox"/> 10:30 <input type="checkbox"/> 13:30 <input type="checkbox"/> その他→下記「調査上の留意点」にご記入ください。                          |                 |        |   |        |       |   |   |    |
| 調査場所   | <input type="checkbox"/> 自宅<br><input type="checkbox"/> 病院・施設 ( ) (所在地・TEL 病棟 )<br><small>※ショートステイの場合もご記入ください</small><br>→入院(所)日(平成/令和 年 月 日) ~ 退院(所)日(令和 年 月 日) ※予定日含む<br><input type="checkbox"/> その他 住所( )<br><small>※認定結果通知書及び被保険者証の送付先は住所地になります。変更する場合は別途届出が必要です。</small> |                 |        |   |        |       |   |   |    |
| 日程調整の打合せ先<br>(連絡が取れない場合は、認定調査が遅れる場合があります。)   | 連絡を取る方   | ふりがな            |        |   | 本人との関係 |       |   |   |    |
|  |  | 氏名              |        |   |        | 調査の同席 |   |   |    |
|  |  | 連絡先①            | TEL( ) | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 |        |       |   |   |    |
|  |  | 連絡先②            | TEL( ) | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無   |        |       |   |   |    |
|  |  | 連絡がとれる時間帯など ( ) |        |   |        |       |   |   |    |
|  | 上記の方に連絡が取れない場合に連絡する方   | ふりがな            |        |   | 本人との関係 |       |   |   |    |
|  |  | 氏名              |        |   |        | 調査の同席 | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 |   |    |
|  |  | 連絡先①            | TEL( ) | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無   |        |       |   |   |    |
|  |  | 連絡先②            | TEL( ) |   |        |       |   |   |    |
|  |  | 連絡がとれる時間帯など ( ) |        |   |        |       |   |   |    |
| <input type="checkbox"/> 会話の支障 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 要筆談 <input type="checkbox"/> 要手話通訳 <input type="checkbox"/> その他( ) |  |                 |        |   |        |       |   |   |    |
| <input type="checkbox"/> 認知症状 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )<br><small>※有の場合、調査時の立会いや調査後電話での聞き取り等にご協力をお願いする場合がございます。</small>                            |  |                 |        |   |        |       |   |   |    |
| <input type="checkbox"/> 居宅サービス利用状況  |  |                 |        |   |        |       |   |   |    |
| 住宅改修<br><input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無  |  | 月               | 火      | 水   | 木      | 金     | 土   | 日 | 備考 |
|  | 午前   |                 |        |   |        |       |   |   |    |
| 午後   |  |                 |        |   |        |       |   |   |    |
| <input type="checkbox"/> 調査上の留意点 配慮が必要な事項 (本人には伝えていない病状のこと等)・調査前に伝えておきたいこと等あれば、ご記入ください。  |  |                 |        |   |        |       |   |   |    |
|  |  |                 |        |   |        |       |   |   |    |
|  |  |                 |        |   |        |       |   |   |    |
| 担当ケアマネジャー  | 事業所・施設名称   |                 |        |   |        |       |   |   |    |
|  | 氏名   | TEL( )          |        |   |        |       |   |   |    |
| 認定調査   | <input type="checkbox"/> 担当のケアマネジャーが調査可能<br>(※過去の調査実施状況等に応じて、調査員を変更させていただく場合があります。)  |                 |        |   |        |       |   |   |    |