

豊田市長様

介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書

次のとおり申請します。

(  新規  更新 )

申請日 年 月 日

被保険者(認定を受ける人について)
介護保険被保険者番号 0 0
医療保険 保険者名 保険者番号
氏名
生年月日 明・大・昭 年 月 日 性別 男・女 年齢 歳
住民票住所
本人がいる場所(申請時)
認定後のサービス利用
申請理由
更新申請のみ記入 要介護状態区分 1 2 3 4 5 要支援状態区分 1 2
主治医
医療機関名 診療科 主治医氏名
所在地 最終受診日 次回受診予定日
今回の申請について主治医は意見書の作成を了承していますか。
 了承している  了承していない → 必ず、主治医に意見書作成の了承を得てください。

本人宛以外の場合のみ記入
原則本人宛に送付しますが、本人が入院中や書類管理困難である場合にご記入ください。(今回申請分のみ適用)
介護保険関係すべての書類の送付先を変更する場合は、別途「送付先変更申請書」の提出が必要です。
認定結果関係通知送付先
理由
ふりがな
受取人 住所 〒
※今回申請分のみ 本人との関係( )

提出者
氏名(事業者は担当者氏名)  本人に同じ  認定結果関係通知受取人に同じ 本人との関係
住所(事業者所在地)  本人に同じ  認定結果関係通知送付先住所に同じ
電話番号( )
提出代行事業者等名称 事業者番号
該当するものにレ点をつけてください→
 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

被保険者が64歳以下の場合、特定疾病名のご記入及び医療保険加入確認書類を提示してください。
特定疾病名
・がん ・関節リウマチ ・筋萎縮性側索硬化症 ・後縦靭帯骨化症 ・骨折を伴う骨粗しょう症 ・初老期における認知症
・進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病 ・脊髄小脳変性症 ・脊柱管狭窄症 ・早老症 ・多系統萎縮症
・糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症、糖尿病性網膜症 ・脳血管疾患 ・閉塞性動脈硬化症 ・慢性閉塞性肺疾患
・両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

裏面もご記入ください。

以下の項目について、該当する方のみレ点を記入してください。

介護保険給付に優先する介護補償給付等を受けている人はレ点をつけてください。 (例. 交通事故被害による保険補償給付 など)	<input type="checkbox"/> 受けている
更新申請の方で、現在の有効期間内に認定がされる場合でも延期通知(処理見込期間とその理由の通知)が必要な場合は右欄にレ点をつけてください。	<input type="checkbox"/> 延期通知を希望する

《認定調査について》

家族構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居家族あり〔夫・妻・子・子の配偶者・孫・父・母・他( )〕				
立会の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→〔 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 入院先職員 <input type="checkbox"/> 入所先職員 <input type="checkbox"/> その他( )〕				
調査の立会者 <small>こちらに日程調整のご連絡をします</small>	ふりがな			本人との関係	
	氏名				
	日中の連絡先	① ( ) - 自宅・携帯勤務先	② ( ) - 自宅・携帯勤務先		
直近1か月の本人・立会者の予定(月～金)	都合の悪い日	(日にち: )			
	通所系(デイ・デイケア等)サービス利用予定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→( <input type="checkbox"/> 毎週 月・火・水・木・金 ・ <input type="checkbox"/> 不定期(日にち: ) )			
	ショートステイ利用予定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→(期間: )			
	透析予定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (毎週 月・火・水・木・金 )			
駐車場	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし(駐車場所に関する情報: )				
本人の状態に近いものへ○をしてください。	聴力	普通	普通の声がやっと聞こえる	大きな声なら聞こえる	ほとんど聞こえない
	物忘れ	なし	置き忘れなどが目立つ	最近のことがわからない	すぐに忘れる
調査時の留意事項	例)筆談対応が必要。病名未告知。本人に排泄や物忘れについて聞くと感情的になる。本人のいない場所での聞き取りを希望。等				
※その他、何かあればご記入ください。					

1. 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、豊田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、豊田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。また認定結果が非該当になった場合、認定申請に係る情報を市が実施する高齢者支援のための各種事業の関係機関に提示することに同意します。

2. 適切な認定調査実施のために必要があるときは、居宅介護支援事業所や居宅サービス提供事業者、介護保険施設関係者、病院関係者、民生委員・児童委員等から調査員が必要な情報の聞き取りを行うことに同意します。

以上2点について同意をいただける場合は、署名をお願いします。

本人氏名 \_\_\_\_\_ 代筆者又は代理人氏名 \_\_\_\_\_ 本人との関係 ( )

以下、市記入欄

申請種別	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新	窓口受付者	申請受付入力	/	申請入力者	✓ 欄
2号医療保険	<input type="checkbox"/> 提示 <input type="checkbox"/> 連携		Dr 依頼入力	/		
意見書の依頼	<input type="checkbox"/> 市 <input type="checkbox"/> 添付		Dr 添付入力	/		
提出者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人	番号確認	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 補記 <input type="checkbox"/> 提供なし★(★提供なしの場合は身元・代理権の確認不要)			
受理印			<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 住民票等 <input type="checkbox"/> 保険者(オンライン)確認			
		身元確認	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 1点確認 <input type="checkbox"/> 2点確認			
		代理権の確認(代理人の場合)	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> その他書類1点			
		申請番号				