

介護保険要介護認定・要支援認定申請書の書き方

第21号様式（法規則第35条、第49条関係）

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

多摩市長 殿

次のとおり申請します。

申請者氏名	多摩 太郎	申請年月日	〇年〇月〇日
提出代行者名称	本人との関係 子(長男)		
申請者住所	該当に〇 (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)		
申請者住所	申請者が被保険者本人の場合は記載不要 〒206-0000 電話番号 042 (000) 0000 多摩市〇〇丁目〇番地〇—〇号		

被保険者番号	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6	個人番号	
フリガナ	タマ ハナコ	生年月日	昭和 10 年 0 月 00 日
氏 名	多摩 花子	性別	男・女
住所	〒206-0000 電話番号 042 (000) 0000 多摩市〇〇丁目〇番地〇—〇号		
連絡先住所	〒 電話番号 090 (0000) 0000		
連絡者氏名	同上 多摩 太郎		
前回の要介護認定の結果等	要介護状態区分 1 2 3 4 5 経過的要介護 / 要支援状態区分 1 2		
(要介護・要支援更新認定の場合のみ記入)	有効期間 年 月 日 から 年 月 日 まで		
介護保険施設入所の有無(短期入所を除く。)	有	入所施設名	〇〇ホーム
	無	所在地	多摩市〇〇丁目〇番地〇—〇号
		電話番号	()

主治医	医療機関名	〇〇病院	
該当に〇(有・無)	診療科目名	内科	主治医の氏名 介護 一郎
	所 在 地	〒206-0000 電話番号 042 (000) 0000 多摩市〇〇丁目〇番地〇—〇号	

医療保険者名称	番号 ()	医療保険被保険者証記号番号	記号 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	
-------	--

介護(予防)サービス計画及び支援計画を作成するため必要な場合は、次の1に掲げる認定に係る情報を、多摩市から次の2に掲げる事業者等の関係者に提示することに同意します。

1 調査内容、主治医意見書並びに介護認定審査会の判定結果及び意見

2 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、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員

本人氏名 多摩 花子

- ① 事業者が提出を代行する場合
- 提出代行者欄に、事業者が記して提出してください。
- ② 被保険者番号
- 『介護保険被保険者証』の表紙に記載されている10ケタの番号をご記入ください。
- ③ 個人番号(マイナンバー)
- 被保険者本人の個人番号(マイナンバー)をご記入ください。
- 記入した場合はマイナンバーカード等にて番号確認が必要になります。
- ※更新・変更申請の場合は記入の必要はありません。
- ④ 住所(住民登録地)
- 住民票上の住所を記入してください。
- ⑤ 連絡先
- 申請した方や家族等、問合せ先を記入してください。
- ⑥ 前回の認定結果
- 新規申請の場合は記入の必要はありません。更新・変更申請の方は、
- 『介護保険被保険者証』の2ページに記載されている「要介護状態区分」、
- 「認定の有効期間」をご記入ください。
- ※変更申請の場合は、変更申請用の申請書に記入し提出してください(申請をする理由をご記入ください)。
- ⑦ 主治医
- 現在のかかりつけ医の名前、診療科名、医療機関名、所在地をご記入ください。
- 主治医が複数いる場合には、特に介護が必要とする状態に至った病気について、
- 日ごろから受診している医師名をお書きください。しばらく受診していない場合や、
- 入院中で病状不安定の場合、退院の見込みが未定の場合、転院の予定がある場合等は、
- 主治医意見書作成について主治医にご相談の上、申請をしてください。
- ⑧ 医療保険者名称
- 加入している医療保険について記入してください。
- ⑨ 2号被保険者
- 40歳から64歳までの医療保険加入の方は、介護保険法で定められた特定疾病名をご記入ください。
- ⑩ 同意欄
- 本人氏名の欄にご本人(認定を受けようとする方)のお名前をご記入ください。

※認定結果は、原則被保険者本人宅へお送りしております(送付先変更届をいただいている場合は届出の通り)。
今回のみ送付先の希望がある場合は、その旨をメモなどでお知らせください。

裏面に続きます

■記入例

認定調査確認票

*該当するものにチェックしてください。

①

多摩市介護保険課

☐新規

☐更新

☐区分変更（現在要支援）

☐区分変更（現在要介護）

1. 認定調査対象者 (被保険者氏名)	②					
2. 記入者	③ <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他 ()					
3. 利用したいサービス (利用中のサービスを含む)	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター (西部・東部・多摩センター・中部・北部・愛宕・その他)					
4. 家族状況	<input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 福祉用具購入 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> (看護) 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他 ()					
5. 調査場所	④ <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居 (夫・妻・子・きょうだい・その他 ())					
6. 調査同席有無	⑤ <input type="checkbox"/> 自宅 ※自宅の場合はチェックのみ <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他 () ※病院・施設・その他の場合は以下を記入 ・名 称 (階 病棟) ・住 所 () ・電話番号 (- -) ・入院または入所日 (年 月 日) ・退院または退院予定日 (年 月 日・未定)					
7. 調査希望日	⑥ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (記入あり) ※こちらに記載されている連絡先に日程調整の連絡をします ・日程調整先 (本人・病院・施設) ・氏名: (本人との関係) ・連絡先 ① - - ② - - ③ - -					
8. 身体状況	⑦ *訪問にあたり、本人・同居者の都合が悪い曜日があれば“×”をつけてください。 ※土・日・祝日は調査不可となります。 ※調査時間は約1時間程度					
9. 調査時留意事項	⑧					
10. 区分変更申請理由	⑨					
11. 申請に至った経緯	⑩					
12. その他、注意する点 や事前に伝えたい点等があればご記入ください	⑪					

- ① 申請区分について、該当するものにチェックしてください
- ② 認定調査対象者（被保険者氏名）
→ 調査を受ける方の氏名を記入してください
- ③ 記入者
→ 該当するものにチェックしてください
- ④ 「利用したいサービス」「家族状況」
→ 該当するものにチェックしてください
- ⑤ 調査場所
→ 調査をする場所（訪問先）にチェックしてください
病院・施設・その他の場合は、名称以下も記入願います
- ⑥ 調査同席有無
→ 調査に同席する方の有無等を記入してください
・「なし」の場合
⇒ 日程調整の連絡をする方と連絡先を記入してください
・「あり」の場合
⇒ 同席される方について記入してください
日程調整は同席の方と行わせていただきます
- ⑦ 調査希望日
→ 本人や同居者の都合の悪い曜日があれば×をつけてください
- ⑧ 身体状況
→ わかる範囲で記入してください
- ⑨ 区分変更申請理由
→ 該当するものにチェックした後、その理由を「11. 申請に至った経緯」にを記入してください
- ⑩ 申請に至った経緯
→ 申請区分に関わらず、経緯を記入してください
例：病院の相談より申請の話があった、デイサービスを利用したい 等
- ⑪ その他、注意する点等
→ 調査員に伝えたいことがあれば、こちらに記入してください