

介護保険(要介護認定・要支援認定)申請書

寝屋川市長

次のとおり申請します。 新規申請 変更申請 更新申請 転入継続

※ 申請には被保険者証(原本)の提出が必要です。

※ 変更申請は下記①を、65歳未満の2号被保険者は下記②を記入してください。

※ 個人番号を記載された場合は、個人番号カード等による確認が必要となります。また、番号がわからない等、個人番号が未記入の場合も申請を受理します。(個人番号未記入の場合、確認書類の提示は必要ありません。)

※ 医療保険番号を記載された場合は、確認が必要なため、医療保険の加入状況を確認できるものの写しが必要です。未記入の場合も申請を受理します。(医療保険番号未記入の場合、確認書類の提示は必要ありません。)

申請日 令和 年 月 日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号	0 0 0 0	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 【大・昭】 年 月 日 ()歳 ※65歳未満の方は 下記②を記入		
氏名	住所			電話番号

前回の 認定結果	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 要介護 ()	有効 期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	(被保険者証に記載の)認定年月日 令和 年 月 日 ※「非該当」は被保険者証の交付年月日を記載
-------------	--	----------	---------------------------	---

主 治 医	医療機関名			主治医名	()科
	所在地	〒 -			
	最終診察月	令和 年 月	次回受診日	/	・入院中 電話番号

※ 包括同意の取得について

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、寝屋川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、寝屋川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。

本人氏名

家族以外の代理人(介護保険法で定める代行者を除く)が申請する場合は委任状が必要

申 請 者	名称 または 氏名	該当に○(地域包括支援センター、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) 家族・代理人の場合 (続柄)
	住所	〒 - 電話番号

① 変更申請の場合のみ記入 (変更申請の理由は認定審査会に情報提供します。)

変更申請の理由 (介護の手間の変化) を具体的に記入	
----------------------------------	--

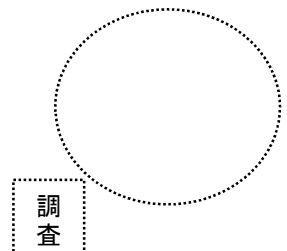
② 2号被保険者(40歳から64歳の方)のみ記入 (医療保険の加入状況を確認できるものを提示または写しを添付してください。)

医療保険の加入状況を確認できるもの(資格情報のお知らせ・資格確認書・医療保険の資格情報)

医療保険者名 【保険者番号】	健康保険被保険者証 記号・【番号】
特定疾病名	

(事務使用欄)

意見書	資格者証	保険証	調査	身元確認	受付者
申請者・郵送	申請者・調査時	回収・紛失	委託・担当	個人番号確認	入力者



被保険者番号	0	0	0	0					
--------	---	---	---	---	--	--	--	--	--

認定調査について

要介護認定のために、市職員もしくは市が委託した介護保険事業者の認定調査員がご自宅等を訪問して介護を必要とする方の心身の状態などについてお聞きします。

調査の参考にさせていただきますので、下記の質問にお答えください。

※ 原則、月～金の調査とさせていただきます。調査にかかる時間は40分～50分ほどです。

認定調査の実施場所 ※施設の種別 <input type="checkbox"/> 住民票の住所と同じ (右欄の記入は不要) <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他 ()	(訪問先の名前)※病院の場合は、病棟、号室、退院予定日もご記入ください。 <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">病棟 階 号室 ・ 退院予定日 /</div>																			
	(電話番号) (訪問先住所)※同番地が複数ある場合等は、説明(路地の奥側の家等)のご記入をお願いします。																			
日程調整をする方の 連絡先 ※日中連絡がとれる電話番号	(フリガナ) (氏名)	・本人 ・配偶者 ・子 ・ケアマネ ・その他 ()																		
	自宅 — — 携帯 — —																			
調査に同席する方 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒ <input type="checkbox"/> 日程調整者に同じ	(フリガナ) (氏名)	・配偶者 ・子 ・ケアマネ ・その他 ()																		
	自宅 — — 携帯 — —																			
調査日で都合の悪い 曜日・時間帯 ※都合が悪い時間帯に×をつけてください	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td></td> <td>月曜</td> <td>火曜</td> <td>水曜</td> <td>木曜</td> <td>金曜</td> </tr> <tr> <td>午前</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>午後</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		月曜	火曜	水曜	木曜	金曜	午前						午後						(日程調整で伝えておきたいこと)
	月曜	火曜	水曜	木曜	金曜															
午前																				
午後																				
介護が必要となっている 主な病気・障がい・症状 入院・手術などの状況	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%;">1</td> <td style="width: 25%;">2</td> <td style="width: 25%;">3</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td>入院理由</td> <td>入院日</td> <td>手術日</td> <td></td> </tr> </table>	1	2	3		入院理由	入院日	手術日												
1	2	3																		
入院理由	入院日	手術日																		
現在利用中のサービス (新規申請以外) ※利用サービスに○をつけてください	・ヘルパー ・デイサービス ・デイケア ・訪問看護 ・訪問リハビリ ・福祉用具貸与 ・住宅改修 ・ショートステイ ・その他() ・利用なし																			
受け答え(支障なし ・ 簡単なことに限られる ・ 難しい) 筆談の必要性(あり ・ なし) 手話の必要性(あり ・ なし) 最近、身の回りのことでお困りのこと <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%; margin-top: 10px;"></div>																				
世帯の状況(同居人有⇒ ・ 独居)																				

担当事業者名		電話番号	
担当者名		担当ケアマネ調査の希望 (市内事業所のみ記入)	希望する ・ しない
許可番号	-	寝屋川市高齢介護室 認定担当 〒572-8566 寝屋川市池田西町24-5	
調査予定者氏名			

