

要介護認定の申請書 記載要領

介護保険		要介護認定・要支援認定 要介護状態区分・要支援状態区分変更認定		中請書	受付年月日																											
長崎市長様 次のとおり申請します。				在着する申請に□をつけてください。 (新規・更新・変更)	□申請入力 □入力チェック																											
<p>◆ 要介護認定を受けたい方の氏名などを記入してください。</p> <table border="1"> <tr> <td>被保険者番号</td> <td>0 0 0</td> <td>申請年月日</td> <td>年 月</td> </tr> <tr> <td>フリガナ</td> <td></td> <td>個人番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td></td> <td>生年月日</td> <td>明・大・昭 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>性別</td> <td>□男 □女</td> <td>性別</td> <td>□男 □女</td> </tr> <tr> <td>仕民就仕所 (被保険者に記載されている住所)</td> <td>〒</td> <td>電話番号 () -</td> <td></td> </tr> <tr> <td>調査先住所 <small>被保険者が「施設等に居住する」場合は、施設等の住所に記載し、施設の施設名がある場合は、施設名も記入して下さい。</small></td> <td>〒</td> <td>電話番号 () -</td> <td></td> </tr> <tr> <td>所在地</td> <td></td> <td>病棟</td> <td>階 号室</td> </tr> </table>		被保険者番号	0 0 0	申請年月日	年 月	フリガナ		個人番号		氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	□男 □女	性別	□男 □女	仕民就仕所 (被保険者に記載されている住所)	〒	電話番号 () -		調査先住所 <small>被保険者が「施設等に居住する」場合は、施設等の住所に記載し、施設の施設名がある場合は、施設名も記入して下さい。</small>	〒	電話番号 () -		所在地		病棟	階 号室	<p>被保険者番号 () -</p> <p>生年月日 () -</p> <p>性別 () -</p> <p>電話番号 () -</p> <p>病棟 階 号室</p>		
被保険者番号	0 0 0	申請年月日	年 月																													
フリガナ		個人番号																														
氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日																													
性別	□男 □女	性別	□男 □女																													
仕民就仕所 (被保険者に記載されている住所)	〒	電話番号 () -																														
調査先住所 <small>被保険者が「施設等に居住する」場合は、施設等の住所に記載し、施設の施設名がある場合は、施設名も記入して下さい。</small>	〒	電話番号 () -																														
所在地		病棟	階 号室																													
<p>医療保険</p> <table border="1"> <tr> <td>被保険者名</td> <td>被保険者番号</td> </tr> <tr> <td>被保険者証</td> <td>記号</td> <td>番号</td> <td>枝番</td> </tr> <tr> <td>前回の要介護認定の結果等 <small>※参考情報と有効情報を記入してください。</small></td> <td>状態区分</td> <td>要支援 (1~2) · 要介護 (1 2 3 4 5)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>変更申請の理由 <small>医療チケット用、医療証明の記入は不可です。</small></td> <td>□状態変化 (月 目曆から) 例: (左横マスクを着た使用)</td> <td>□医療改善</td> <td>□前回の認定結果に不満 □その他</td> </tr> </table>		被保険者名	被保険者番号	被保険者証	記号	番号	枝番	前回の要介護認定の結果等 <small>※参考情報と有効情報を記入してください。</small>	状態区分	要支援 (1~2) · 要介護 (1 2 3 4 5)		有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日				変更申請の理由 <small>医療チケット用、医療証明の記入は不可です。</small>	□状態変化 (月 目曆から) 例: (左横マスクを着た使用)	□医療改善	□前回の認定結果に不満 □その他	<p>被保険者番号 () -</p> <p>年 月 日 ~ 年 月 日</p> <p>枝番</p>												
被保険者名	被保険者番号																															
被保険者証	記号	番号	枝番																													
前回の要介護認定の結果等 <small>※参考情報と有効情報を記入してください。</small>	状態区分	要支援 (1~2) · 要介護 (1 2 3 4 5)																														
有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日																																
変更申請の理由 <small>医療チケット用、医療証明の記入は不可です。</small>	□状態変化 (月 目曆から) 例: (左横マスクを着た使用)	□医療改善	□前回の認定結果に不満 □その他																													
<p>◆ 本人以外の方が申請される場合に記入してください。</p> <table border="1"> <tr> <td>代理人代行者</td> <td>氏名</td> <td>被保険者番号</td> <td>本人との関係</td> </tr> <tr> <td></td> <td>名前</td> <td colspan="2">(被保険者の場合は被保険者欄に記入します。(被保険者が代理人となる場合は被保険者欄に記入します。))</td> </tr> <tr> <td></td> <td>住所</td> <td>〒</td> <td>電話番号 () -</td> </tr> </table>		代理人代行者	氏名	被保険者番号	本人との関係		名前	(被保険者の場合は被保険者欄に記入します。(被保険者が代理人となる場合は被保険者欄に記入します。))			住所	〒	電話番号 () -	<p>被保険者番号 () -</p> <p>本人との関係</p>																		
代理人代行者	氏名	被保険者番号	本人との関係																													
	名前	(被保険者の場合は被保険者欄に記入します。(被保険者が代理人となる場合は被保険者欄に記入します。))																														
	住所	〒	電話番号 () -																													
<p>◆ 要介護認定を受ける方(本人)の主治医(入院中の場合は、原則として入院先の医師)又は担当医が複数いる場合は、心身の状態を一番よく把握している医師を記入してください。</p> <table border="1"> <tr> <td>主 治 医 氏 名</td> <td>医療機関名</td> <td>電話番号</td> </tr> <tr> <td>医 所 在 地</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		主 治 医 氏 名	医療機関名	電話番号	医 所 在 地			<p>主治医 氏名</p> <p>医療機関名</p> <p>電話番号</p>																								
主 治 医 氏 名	医療機関名	電話番号																														
医 所 在 地																																
<p>◆ 第2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)の方のみ記入してください。 (被保険者番号の写しを添付してください。)</p> <table border="1"> <tr> <td>特 定 疾 病 名 <small>※該当する場合は□をつけてください。</small></td> <td>1. がん 2. 重篤リウマチ 3. 既往歴を有する軽度疾患 4. 他の既往歴を有する軽度疾患 5. 骨折または骨筋肉筋膜炎 6. 既往歴を有する精神疾患 7. パーキンソン病認定済者 8. 両側小脳梗塞症 9. 両側大脳梗塞症 10. 両側 11. 両側脳梗塞症 12. 両側疾患(片側疾患・片側・片側性) 13. 両側老眼症 14. 両側性認知機能低下症 15. 両側脳膜炎</td> </tr> </table>		特 定 疾 病 名 <small>※該当する場合は□をつけてください。</small>	1. がん 2. 重篤リウマチ 3. 既往歴を有する軽度疾患 4. 他の既往歴を有する軽度疾患 5. 骨折または骨筋肉筋膜炎 6. 既往歴を有する精神疾患 7. パーキンソン病認定済者 8. 両側小脳梗塞症 9. 両側大脳梗塞症 10. 両側 11. 両側脳梗塞症 12. 両側疾患(片側疾患・片側・片側性) 13. 両側老眼症 14. 両側性認知機能低下症 15. 両側脳膜炎	<p>被保険者番号</p> <p>特 定 疾 病 名</p> <p>1. がん 2. 重篤リウマチ 3. 既往歴を有する軽度疾患 4. 他の既往歴を有する軽度疾患 5. 骨折または骨筋肉筋膜炎 6. 既往歴を有する精神疾患 7. パーキンソン病認定済者 8. 両側小脳梗塞症 9. 両側大脳梗塞症 10. 両側 11. 両側脳梗塞症 12. 両側疾患(片側疾患・片側・片側性) 13. 両側老眼症 14. 両側性認知機能低下症 15. 両側脳膜炎</p>																												
特 定 疾 病 名 <small>※該当する場合は□をつけてください。</small>	1. がん 2. 重篤リウマチ 3. 既往歴を有する軽度疾患 4. 他の既往歴を有する軽度疾患 5. 骨折または骨筋肉筋膜炎 6. 既往歴を有する精神疾患 7. パーキンソン病認定済者 8. 両側小脳梗塞症 9. 両側大脳梗塞症 10. 両側 11. 両側脳梗塞症 12. 両側疾患(片側疾患・片側・片側性) 13. 両側老眼症 14. 両側性認知機能低下症 15. 両側脳膜炎																															
<p>○ 訪問調査の際、家族等の同席を希望される方は、同席者の氏名、連絡先を記入してください。 (連絡先については、できる限り自中に連絡が可能なところをご記入ください。)</p> <table border="1"> <tr> <td>訪査時の同席 □必要 □必要ない</td> <td>①自宅 () (連絡先) 氏名 (本人との関係:)</td> <td>②非常電話番号</td> <td>その他の連絡可能箇所など</td> </tr> <tr> <td>フリガナ</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>同席者の氏名 (本人との関係:)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4"> <small>介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成するのに必要があるとき、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定否否等の記載結果、意見、及び工事認定結果、長崎市から出された医療センター、局内の生活支援事業、居宅サービス等を参考して、下記申請書類に記した認定状況を説明して下さい。</small> </td> </tr> <tr> <td colspan="4"> <small>申請料について、認定調査費用に計算をうながすときに並びて、手渡し料金の額を記載する場合でも認定料金が必要としないことに留意下さい。</small> </td> </tr> <tr> <td colspan="4"> <small>ご申請の際には「少額以降無負担」を添えて提出してください。</small> </td> </tr> </table>		訪査時の同席 □必要 □必要ない	①自宅 () (連絡先) 氏名 (本人との関係:)	②非常電話番号	その他の連絡可能箇所など	フリガナ				同席者の氏名 (本人との関係:)				<small>介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成するのに必要があるとき、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定否否等の記載結果、意見、及び工事認定結果、長崎市から出された医療センター、局内の生活支援事業、居宅サービス等を参考して、下記申請書類に記した認定状況を説明して下さい。</small>				<small>申請料について、認定調査費用に計算をうながすときに並びて、手渡し料金の額を記載する場合でも認定料金が必要としないことに留意下さい。</small>				<small>ご申請の際には「少額以降無負担」を添えて提出してください。</small>				<p>①自宅 () (連絡先) 氏名 (本人との関係:)</p> <p>②非常電話番号</p> <p>その他の連絡可能箇所など</p> <p>デイケア・デイサービス利用曜日: ヘルパー就勤曜日: 定期通院曜日:</p> <p>本人氏名</p>						
訪査時の同席 □必要 □必要ない	①自宅 () (連絡先) 氏名 (本人との関係:)	②非常電話番号	その他の連絡可能箇所など																													
フリガナ																																
同席者の氏名 (本人との関係:)																																
<small>介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成するのに必要があるとき、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定否否等の記載結果、意見、及び工事認定結果、長崎市から出された医療センター、局内の生活支援事業、居宅サービス等を参考して、下記申請書類に記した認定状況を説明して下さい。</small>																																
<small>申請料について、認定調査費用に計算をうながすときに並びて、手渡し料金の額を記載する場合でも認定料金が必要としないことに留意下さい。</small>																																
<small>ご申請の際には「少額以降無負担」を添えて提出してください。</small>																																

主治医の名前(フルネーム)、医療機関名などを漏れなくご記入ください。

要介護認定の訪問調査時に、家族等の同席を希望される場合は、同席者の氏名・本人との関係・日中連絡が可能な連絡先をご記入ください。
同席が必要ない場合は「□必要ない」にレ印をつけてください。

介護保険の保険証をご確認のうえご記入ください。

申請された日をご記入ください。

介護サービスを必要とするご本人の氏名・生年月日などをご記入ください。

介護保険の保険証をご確認のうえご記入ください。電話番号は必ずご記入ください。

医療保険の保険証をご確認のうえご記入ください。

ご家族宅等、現在住民票の住所にお住まいでない場合にご記入ください。

介護保険施設や病院等に入所、入院中の場合にご記入ください。

区分変更申請をされる場合には「変更申請の理由」を必ずご記入ください。

ご本人以外の方が申請される場合にご記入ください。

本人氏名欄に本人が署名してください。本人が書けない場合は、本人に了承を得たうえで、代理人の方が対象者の氏名を代筆してもかまいません。