

<新規申請用紙_記載する際の注意点>

※送付した更新申請書を紛失してしまった場合や支援からの区分変更をする場合も、こちらの様式で申請してください。

別添資料 A

A-P1

申請者は
本人・親族・提出代行者です。

※提出代行者（代金を徴収しての提出代行が可能）
地域包括支援センター・居宅介護支援事業所
介護老人福祉施設・介護老人保健施設
介護療養型医療施設・介護医療院

上記以外の事業者（小規模多機能型・特定施設・グループホーム等）でも、提出代行行為自体に代金が発生しなければ提出代行は可能です。

病院や施設の入院・入所により調査のチェックが変わってしまうため、直前に環境変化がないか確認をします。
忘れず記入してください。
同じ病院内で、棟が変わった場合は余白に明記してください。

様式第18号（第16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

那須塩原市長 様

介護保険法第27条第1項、第28条第2項、第32条第1項又は第33条第2項の規定により、次のとおり申請します。

申請者氏名	申請年月日	令和	年	月	日
提出代行者 名称	本人との関係				
申請者住所	電話番号				

※申請者が、後援者となる場合、申請者住所・電話番号は記載不要

介護保険 被保険者番号						個人番号					
生保 被保険者証	保険番号					保険者番号					
	記号					番号	枝番				
フリガナ						生年月日	例・大・昭	年	月	日	
氏 名						性 別	男 ・ 女				
住 所	〒										
	電話番号										
前回の要介護認定の結果等 ※要介護・要支援更新認定がなされる場合記入	要介護状態区分 1 2 3 4 5					要支援状態区分 1 2					
	有効期間 平・令 年 月 日 ～ 平・令 年 月 日										
過 去 6 月 間 の 介 護 保 険 施 設 ・ 医 療 機 関 等 へ の 入 院 、 入 所 の 有 無	介護保険施設の名称等 所在地										
	期間：平・令 年 月 日 ～ 平・令 年 月 日										
	介護保険施設の名称等 所在地										
	期間：平・令 年 月 日 ～ 平・令 年 月 日										
有 ・ 無	医療機関等の名称等 所在地										
	期間：平・令 年 月 日 ～ 平・令 年 月 日										

主治医	主治医の氏名	医療機関名
	〒	電話番号

第2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

特定疾病名	
-------	--

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、要介護認定又は要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果及び意見並びに主治医意見書を那須塩原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に提供することに同意します。

本人氏名

（家族の場合） 代筆者 （継続）

（居宅介護支援事業者等の場合） 代筆者

第1号被保険者も医療被保険者番号等の記入が必要になります。
医療保険証確認の上、ご記入をお願いします。
第2号被保険者は医療被保険者番号の記入と保険証の写しの提出をお願いします。

主治医意見書は、受診頻度ではなく、どの先生の意見書で認定審査を受けるかで検討してください。
依頼先病院が主治医意見書を書けないことがあります。

※選択するときの例
近所の内科（Aクリニック）に週1回
物忘れ外来（B病院）に月1回
家族が物忘れの対応で介護量が多い
→物忘れの詳細明示希望
⇒B病院に依頼する

<区分変更申請様式__記載する際の注意点>

申請者は
本人・親族・提出代行者です。

※提出代行者（代金を徴収しての提出代行が可能）
地域包括支援センター・居宅介護支援事業所
介護老人福祉施設・介護老人保健施設
介護療養型医療施設・介護医療院

上記以外の事業者（小規模多機能型・特定施設・グループホーム等）でも、提出代行行為自体に代金が発生しなければ提出代行は可能です。

病院や施設の入院・入所により調査のチェックが変わってしまうため、直前に環境変化がないか確認をします。
忘れず記入してください。
同じ病院内で、棟が変わった場合は余白に明記してください。

主治医意見書の依頼先について、入院して区分変更申請する場合、入院先の病院で主治医意見書が書けるかを確認してから申請してください。

※医師または入院先に連携室や相談室がある場合は、その相談員等へ確認してください。
病棟看護師に確認する場合は、申請後2週間以内を目安に主治医意見書が書けるかどうかの確認をお願いします（状態が安定しているかどうかの確認）。
※転院を繰り返している場合や、退院後に紹介状が出た場合、入院先の病院から主治医意見書を書けないと言われることがあります。

様式第2-4号（第17条関係）

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

那須塩原市長 様

介護保険法第29条第1項又は第33条の2第1項の規定により、次のとおり申請します。

申請者氏名	申請年月日	令和 年 月 日
提出代行者 氏 名	本人との関係	
申請者住所	〒	電話番号

介護保険 被保険者番号	個人番号		
保険者名	保険者番号		
被保険者証	記号		
フリガナ	生年月日	男・女・略	年 月 日
氏 名	性 別	男	女
住 所	〒	電話番号	
前回の要介護 状態区分等	要介護状態区分 1 2 3 4 5	要支援状態区分 1 2	
変更申請の理由	有効期間 平・令 年 月 日 ~ 平・令 年 月 日		
過去6月間の介護保険施設・医療機関等入院入所の有無	介護保険施設等の名称等 所在地 期間：平・令 年 月 日 ~ 平・令 年 月 日		
	介護保険施設等の名称等 所在地 期間：平・令 年 月 日 ~ 平・令 年 月 日		
	医療機関等の名称等 所在地 期間：平・令 年 月 日 ~ 平・令 年 月 日		
有 ・ 無	医療機関等の名称等 所在地 期間：平・令 年 月 日 ~ 平・令 年 月 日		

主治医	主治医の氏名	医療機関名
所 在 地	〒	電話番号

第2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

特定疾病名

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、要介護認定又は要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果及び意見並びに主治医意見書を那須塩原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若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書に記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提供することに同意します。

本人氏名

（家族の場合）代筆者

（継続）

（所定介護支援事業者等の場合）代筆者

第1号被保険者も医療被保険者番号等の記入が必要になります。
医療保険証確認の上、ご記入お願いします。
第2号被保険者は医療被保険者番号の記入と保険証の写しの提出をお願いします。

区分変更の理由はどのような介護の手間が変わったかで記入してください。

具体的な記載がなく、前回認定時との差異がわからない状態だと、再度訪問調査をしたとしても、的確な調査ができない可能性があります。

前回調査時と比較してどの部分の介護の手間が変わったのか、具体的な記入をお願いします。書ききれない場合は、裏面のⅦに記入してください。

記載例1）つかまり歩行ができていたが、骨折により車椅子となり、移動や入浴、トイレなどで介護量が増加したため。
記載例2）認知機能の低下により徘徊がみられるようになり、24時間の見守りが必要になったため。

病院や施設の入院・入所により調査のチェックが変わってしまうため、直前に環境変化がないか確認をします。

忘れず記入してください。
同じ病院内で、棟が変わった場合は余白に明記してください。

※提出代行者（代金を徴収しての提出代行が可能）
地域包括支援センター・居宅介護支援事業所
介護老人福祉施設・介護老人保健施設
介護療養型医療施設・介護医療院

上記以外の事業者（小規模多機能型・特定施設・グループホーム等）でも、提出代行行為自体に代金が発生しなければ提出代行は可能です。

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	
那須塩原市長 渡辺 美知太郎 様					
次のとおり申請します。					
介護保険 被保険者番号		個人番号		申請年月日 令和 年 月 日	
医療保険 被保険者名		保険者番号			
被保険者証 記号		番号		枝番	
フリガナ		生年月日			
氏名		性別			
住所		電話番号			
※要介護・要支援更新 認定の場合のみ記入		有効期間			
前回の要介護 認定の結果等		転出元自治体(市町村)名 []			
※14日以内・他自治体 から転入した書のみ 記入		現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 (既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください。)		はい・いいえ	
過去6月間の 介護保険施設・ 医療機関等入院 入所の有無		介護保険施設の名称等 所在地 期間			
有・無		医療機関等の名称等 所在地 期間			
提出代行者 名称		該当に○ (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・指定介護療養型医療施設・介護医療院)			
住所		電話番号			
主治医 氏名		医療機関名			
所在地		電話番号			
第二号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入					
特定疾病名					
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、及び主治医意見書を那須塩原市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、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に提示することに同意します。					
本人氏名					
(家族の場合) 代筆者 (続柄)					
(介護支援専門員等) 代筆者					
※代筆の場合は、本人氏名を記入した上で代筆者の氏名を記入してください。					

第1号被保険者も医療被保険者番号等の記入が必要になります。
医療保険証確認の上、ご記入をお願いします。
第2号被保険者は医療被保険者番号の記入と保険証の写しの提出をお願いします。

主治医意見書は、受診頻度ではなく、どの先生の意見書で認定審査を受けるかで検討してください。
依頼先病院が主治医意見書を書けないことがあります。

※選択するときの例
近所の内科（Aクリニック）に週1回
物忘れ外来（B病院）に月1回
家族が物忘れの対応で介護量が多い
→物忘れの詳細明示希望
⇒B病院に依頼する

<申請書裏面_記載する際の注意点>

調査場所・調査の時期を把握するために、病院の場合は病棟と階層を、施設の場合は入所日を書いてください。

同居家族の続柄のほか、夫婦同時申請の場合など、申請中の同居家族の名前を書いてください。

立会人は日頃の様子を調査員に伝えられる人をお願いします。
また、申請時の調査場所が病院で、長期の入院ではない場合には、自宅調査を想定した立会人の記入をお願いします。

日常生活の状況について、該当するものに○をつけてください。

区分変更・更新申請の場合は、現在利用中の介護保険サービスについて、サービスの種類・利用している曜日等具体的に書いてください。

入院中の場合、原因・退院日・退院後の予定を書いてください。
短期入院やリハビリ目的での転院を予定している場合には、調査場所が変更になる可能性があります。

<訪問調査についての確認事項> ☐新規 ☐区分変更 ☐更新

I 訪問調査場所

☐ 自宅（親族の家など、住民票住所と異なる家に滞在中の場合は『その他』に記入してください）
☐ 病院 病院 棟 階（東・西・南・北・その他（ ））
☐ 施設等 調査地： 住所：
☐ その他 TEL： 入所（居）日・滞在開始日：

II 家族状況および調査時立会い

☐ 独居 ☐ 同居家族あり〔☐夫 ☐妻 ☐子 ☐子の配偶者 ☐孫 ☐その他（ ）〕
 ※1ヵ月以内の介護認定申請中の同居家族： ☐なし ☐あり（お名前： ）
 ※施設入所（居）中の方は、入所（居）前の同居家族の情報のみ記入してください

調査立会い ☐なし ☐あり〔☐夫 ☐妻 ☐子 ☐子の配偶者 ☐孫 ☐その他（ ）〕
 ※ご自宅で調査の場合は、できるだけご家族の立会いをお願いします

訪問調査の日程調整先
 ふりがな（続柄） 電話番号：
 ※日中つながる電話番号をご記入ください。0287-62-7113 から不在着信がありましたら折り返し電話してください

訪問調査日に関すること
 調査日のご都合が悪い曜日・時間帯に×を付けてください。
☐ なし ☐ あり

	月	火	水	木	金
午前					
午後					

III 日常生活状況

移動	自立・杖・歩行器 車椅子・寝たきり
食事	自立・介助あり・点滴
排泄	トイレ・リハビリパンツ・オムツ
会話	可・不可・筆談
忘れ	なし・年相応あり〔 〕

IV 前回認定時との比較 ※区分変更・更新のみ

ADL: ☐悪化 ☐変化なし ☐改善
 認知症状: ☐悪化 ☐変化なし ☐改善
 ●具体的な変化の状態

V 現在利用中の介護保険サービス ※区分変更・更新のみ

・（看護）小規模多機能型居宅介護の利用
☐なし・☐あり→ 通い（曜日）、宿泊（曜日）、訪問（曜日）
 ・上記以外の利用状況 ☐サービス利用あり ☐サービス利用なし
 詳細 例）デイサービス：火・木、ショートステイ：金～日、レンタル

VI その他利用状況

・透析（曜日）
 ・医療系サービス（曜日）
 ・障害系サービス（曜日）

VII 現在、医療機関に入院中の方 入院中の方は原則、状態が安定し、退院の見通しが立ってから調査を行います

1. 何が原因で入院になりましたか？ 病名等： _____
 2. 退院日は決まっていますか？ ☐決まっている〔 月 日頃・近々〕 ☐未定
 3. 退院後の予定（希望も含む）は？ ☐在宅 ☐施設入所 ☐転院〔 〕 ☐未定

VIII 訪問調査にあたり、必要と思われる情報がありましたら詳しくご記入ください。

・調査場所が自宅の場合： ペット: ☐なし ☐あり（☐犬 ☐猫 ☐その他（ ））
 敷地内駐車場: ☐なし（駐車場所: ）・☐あり

・その他（ ）
 担当ケアマネジャー等（ ）

●第三者行為（交通事故等）の該当者
 事故発生日：令和 年 月 日、示談の有無: ☐なし ☐あり（示談日：令和 年 月 日）

該当の申請にチェックをつけてください。

区分変更・更新申請の場合は、前回と比べてどのように状態が変化したか書いてください。区分変更の場合、具体的な状態の変化がわからないと、申請却下になることがあります。

介護保険以外のサービスについて、利用している曜日を書いてください。

訪問調査にあたり、必要な情報を書いてください。

- ・本人についての特記事項。
（気難しいなど、調査をする上で気にした方がいいことを教えてください。）
- ・軽自動車1台の駐車場の有無。
（ない場合はどこに停めるか書いてください。）
- ・ペットの有無。
（ペットに襲われてけがをしたことがあります。）
- ・衛生面。
（部屋にゴミが放置されている場合など。）
- ・第三者聞き取り先について。
（「同居家族がなく立会い無しの調査で、本人年相応の忘れがあり、聞き取り漏れを防ぐためにヘルパーにも聞き取りをしてほしい。」「本人の前では言いづらい事柄について、別室で聞き取りをしてほしい。」など）
- ・日程調整が早めにほしい場合について
（立会い者がシフト制の仕事・遠方からくる場合など。遠方の場合は地名の記載もお願いします。）

調査時に連絡調整・同席される方へ

◇調査のための日程調整の連絡があります。

高齢福祉課介護認定係（0287-62-7113）より電話がありましたら、折り返しのご連絡をお願いします。

また、調査日は本人と立会者が揃っていないと実施できませんので、デイサービスや受診日などと重複していないか特にご確認をお願いいたします。

◇訪問調査は、日頃の介護の様子を伺うためのものです。

調査は、本人へどのくらいの介護が必要かを確認するために行います。

そのため、立ち会われる方には日頃の様子を教えてくださいたく同席していただきます。

もし、調査時に日頃と異なることがあった場合は、必ずお申し出ください。

もしその場でお申し出づらい場合は、極力当日中（遅くとも次の日まで）に市役所へご相談ください。

（例：いつもはできるのに、調査時に緊張して出来なかった。逆に、できた。等）

◇訪問調査では、調査日より1ヶ月前のことまでさかのぼって伺います。

調査員への伝え忘れがないように、調査日から1ヶ月前までのことで特に介護の手間が大きいと思われることがありましたら、いつ頃、どのような事があったか記録をしておいてください。

ただし、環境変化があった場合は、環境変化後でチェックを行いますので、調査票に含められないことがあります。ご了承ください。

◇訪問調査は、一度の申請につき原則1回です。

予約した日に本人がいなかったり、体調不良などで調査が受けられない場合は、分かり次第市役所までご連絡ください。

予約キャンセルの上、別の日に調査の調整を行います。

那須塩原市高齢福祉課介護認定係
0287-62-7113