

<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。

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 |

※申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は転居前所

| | | | |
|--|-------------------------|---------------------------|-------|
| 介護保険 被保険者番号 | 個人番号 | | |
| 医療保険 被保険者証 | 記号 | 番号 | 枝番 |
| フリガナ | 生年月日 | 明・大・断 | 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 <small>※要介護・要支援更新認定申請書の提出が義務的。</small> | 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ヶ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・医療機関等の名称等 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 |
| | 〒 | 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 |
|-------|

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。

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

本人氏名 _____
(家族の場合) 代筆者 _____ (続柄) _____
(居宅介護支援事業所等の場合) 代筆者 _____

<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、そこ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24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。

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

※申請者の被保険者本人の場合、申請者氏名・被保険者番号記載が要

| | | | | | |
|---------------------------------------|--|-------------|---|---|---|
| 介護保険 被保険者番号 | 個人番号 | | | | |
| 医療保険 被保険者番号 | 被保険者番号 | | | | |
| フリガナ | 生年月日 | 明・大・昭 | 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 | | | | |
| | 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 所在地 | 〒 | 電話番号 |
| 主治医の氏名 | 医療機関名 | |

| |
|-------------------------------|
| 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 _____ （捺印） _____

（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。

区分変更の理由はどのような介護の手段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段が変わったのか、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 | | 申請書 | |
|--|--|---|------------------|-----|--|
| 要介護更新認定 | | 要支援更新認定 | | | |
| 那須塩原市長 渡辺 美知太郎 様 | | | | | |
| 次のおり申請します。 申請年月日 令和 年 月 日 | | | | | |
| 介護保険 被保険者番号 | | 個人番号 | | | |
| 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 | | | | |
| 被 保 険 者 | ※要介護・要支援更新 認定の場合のみ記入 | 有効期間 | 転出元自治体(市町村)名 [] | | |
| | ※14日以内に他自治体 から転入した者のみ 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ている場合は「いいえ」を選択してください。) | はい・いいえ | | |
| 前回の要介護 認定の結果等 | 「はい」の場合、申請日 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 | 介護保険施設の名称等 所在地 | 期間 | 医療機関等の名称等 所在地 | | |
| 有・無 | 期間 | | | | |
| 提出代行者 名称 | 該当○ (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) | | | | |
| 住所 | 〒 電話番号 | | | | |
| 主治医 | 主治医の氏名 | 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と調査内容、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>

※記入例は新規・要支援からの区分変更用ですが、更新・要介護1以上の区分変更も注意点は同じです

適正な訪問調査を行うため

日頃の様子を聞き取ることが出来る場所

調査場所にしてください。

例) 週1回デイサービス利用→自宅で過ごすことが多い
⇒自宅で調査

ただし、自宅でしかわからないような介護の手間があり、それが申請理由である場合は、頻度に関わらず自宅での訪問調査を検討してください。

また、自宅以外での訪問調査を希望する場合、病院であれば何棟の何階なのか、施設であればいつから入所しているのかを明記してください。

調査時の立会いについて、本人では伝えることのできない日頃の様子を調査員に伝えてもらうために、日頃の様子が分かる方の同席をお願いしています。認知症の症状がみられるなど、本人だけでは訪問調査に支障が出る場合は、必ず誰かが立会いをするようお願いいたします。

主治医意見書依頼先についての確認です。

※複数の受診先がある場合は特に注意してください。
例) 依頼先の病院を最近受診したと本人に言われたが、実際は別な病院を受診していた。(同病院で複数科受診している場合は更に注意が必要)

また、直近の受診が3ヶ月以上前だったり、主治医意見書を書くための聞き取り等が無かった場合は再受診が必要なことがあります。

例) 直近1ヶ月以内で受診があるものの、インフルエンザの予防接種のみだった。

書いてもらえるような受診だったのか確認し、不安がある場合は申請前に病院へ相談してください。

受診拒否や、家族が薬だけもらいに行っているため意見書が記入できないケースもあるため、必ず本人

<訪問調査についての確認事項> (新規・要支援からの区分変更申請用)

I 訪問調査場所

自宅 (親族の家など、住民票住所と違う家に滞在している場合は別記で記入してください)

病院 _____ 病院 _____ 棟 _____ 号室

施設等 } 調査地: _____ 住所: _____

その他 } TEL: _____ 備考: _____

II 家族状況および調査時立会い

1. 同居家族あり〔夫 妻 子 子の配偶者 孫 その他()〕

同居家族なし〔近くに家族が住んでいる 家族は遠方 その他()〕

2. 主な介護者〔夫 妻 子 子の配偶者 孫 その他()〕

3. 訪問調査時の立会い者 ※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。病院・施設での調査の場合は任意です。

立会いなし 立会いあり〔夫 妻 子 子の配偶者 孫 その他()〕

〔同居 近くに住んでいる 遠方より訪問調査のために来る〕

4. 訪問調査の日程調整の連絡先

ふりがな _____ 続柄() _____ TEL: _____

お名前 _____ ※日中連絡の可能な電話番号をご記入ください。

5. 調査日の都合が悪い曜日・時間帯に×をつけてください。

特になし

ある ⇒

| | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|
| | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 |
| 午前 | | | | | |
| 午後 | | | | | |

連絡がつく時間帯

午前 午後 いつでも可

※午前 8:30～午後 5:00 の間にお電話いたします

備考: _____

※62～713 から発信がありましたら折り返しのご連絡をお願いします

III 日常生活状況

身体に障害がある (部位、症状: _____)

認知症状がある (症状: _____)

介助が必要なこと (_____)

IV 利用希望の介護保険サービス

ヘルパー デイサービス

訪問リハビリ 通所リハビリ

住宅改修 福祉用具販売

福祉用具レンタル 施設入所

その他 (_____)

V 現在、医療機関に入院中の方 医療機関に入院中の方は、原則として状態が安定し、退院の見通しがつい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

4. 今回の申請について主治医の許可はできていますか? できています できていない

VI 主治医意見書についての確認事項(通院中の方)

1. かかりつけの医療機関等を受診したのはいつですか? 1か月以内 3か月以内 4か月以上前

2. どの様な症状でかかりましたか? _____

VII 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。

VIII 第三者行為(交通事故等)に該当する方

1. 事故発生日 令和 年 月 日

2. 示談の有無 無し 有り (示談日: 令和 年 月 日)

折り返し電話するよう伝えてください

電話が繋がりにくい方や、仕事等で電話に出られる時間が限られる方の場合、予約が難航し調査に遅れが出る事があります。また、登録外の電話番号に出て頂けず、予約が難航する事もありますので、日程調整連絡先になる方へよくご説明願います。

間違いのないかよく確認してください。

申請段階で利用を希望するサービスがあればすべてチェックしてください。

特に調査員に伝えた方が良いと思われる情報の明記にご協力ください。

- ・調査への拒否 (本人は受け入れているが、同居の夫が受け入れていないため、娘の立会いが必須 等)
- ・ペットの有無 (ペットに襲われ、ケガをしたケースがあり)
- ・駐車場の有無 (停める場所の確認等で調査に遅れたケースあり)
- ・衛生面 (特に次の調査へ行く前に着替え等が必要と思われる場合)
- ・第三者聞き取り先の相談 (「調査時立会い者の妻も高齢で年相応の忘れがはじめています。聞き取り漏れを防ぐため、念のため日頃の様子をヘルパーからも聞いてほしい。」「本人認知症があるが認めておらず、同居の妻は本人の目の前で言いつらいため、別室での聞き取りをしてほしい。」 等)

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