

<新規申請・更新申請用紙_記載する際の注意点>

※送付した更新申請書を紛失した場合・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。

申請書は市ホームページ掲載の、最新の様式を使ってください

入院（入所）している場合は、入院日（入所日）を記入してください。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。

申請後に

- ・病室・病棟が変わった
- ・転院（転所）・退院した等、環境変化がありましたら速やかに連絡してください。

提出代行者（代金を徴収して、本人・家族に代わって提出をする）欄は、下記が代行する場合のみ記入してください（小多機・GH等不可）。

- ・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

様式第18号（第16条関係）
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

栃木県那須塩原市長 様
次のおり申請します。 申請年月日 年 月 日

介護保険被保険者番号	個人番号
医療保険 保険者名	保険者番号
被保険者記号・番号	記号
フリガナ	番号
氏名	生年月日
住所	性別 男・女
電話番号	
被保険者 前回の要介護認定の結果等	※要介護・要支援更新認定の場合のみ記入 有効期限 年 月 日から 年 月 日 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取っている場合は「いいえ」を選択してください) 「はい」の場合、申請日 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 年 月 日～ 年 月 日 介護保険施設等の名称等・所在地 期間 年 月 日～ 年 月 日 医療機関等の名称等・所在地 期間 年 月 日～ 年 月 日 医療機関等の名称等・所在地 期間 年 月 日～ 年 月 日
有・無	
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・介護医療院)
提出代行者 住所	電話番号
主治医 主治医の氏名	医療機関名
主治医 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、主治医意見書、那須塩原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、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、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 (家族の場合)代筆者 (続柄) (申請代行の場合)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。資格確認書確認の上、ご記入をお願いします。マイナンバーカードと医療保険証を連携している方はマイナポータルでも確認できます。

第2号被保険者は医療被保険者番号の記入と資格確認書の写しの提示をお願いします。マイナンバーカードと医療保険証を連携している方はマイナポータル画面のコピーも可。

★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>

申請書は市ホームページ掲載の、最新の様式を使ってください

- ・主治医意見書の依頼先は「前回申請時からの身体状況・認知面の変化」「介護の手間が増えた」「区分変更に至った具体的な病気やけがの経緯」「どのような介護が必要かの医学的意見」等を把握している先生にさせていただくのを推奨します。
- ・入院中に区分変更申請をする場合、入院先の病院で主治医意見書が書けるか確認して申請してください。
- ・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

栃木県那須塩原市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

介護保険被保険者番号	個人番号
医療保険 保険者名	保険者番号
被保険者記号・番号	記号
フリガナ	番号
氏名	姓 別 男・女
住所	生年月日 年 月 日
前回の要介護認定の結果等	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	有効期限 年 月 日から 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 年 月 日～ 年 月 日
有・無	介護保険施設等の名称等・所在地 期間 年 月 日～ 年 月 日
提出代行者 名称	医療機関等の名称等・所在地 期間 年 月 日～ 年 月 日
提出代行者 住所	医療機関等の名称等・所在地 期間 年 月 日～ 年 月 日
主治医 主治医の氏名	医療機関名
主治医 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、主治医意見書、那須塩原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、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、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

（家族の場合）代筆者 （続柄）

（申請代行の場合）代筆者

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。詳細は、裏面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。

介護認定調査に関する連絡先として適切な連絡先を記載してください。
申請に関する連絡先・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。

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。

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。

I 基本情報

申請区分 新規 区分変更 更新

この申請書・訪問調査に関する連絡先
お名前: (続柄) 電話番号: ※日中つながる電話番号を記入してください。

家族状況
 独居 同居家族あり (夫 妻 子 子の配偶者 孫 その他 ())
※1か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。

II 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:

調査時立会い(自宅調査の場合)
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。

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

	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・寡談

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。

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

・その他: _____

●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（0287-62-7225）より電話がありましたら、折り返しのご連絡をお願いいたします。

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、本人への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な場合は、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
（介護認定、申請、進捗、給付について）0287-62-7113
（認定調査の日程等に関する事）0287-62-7225