

〔記入例〕 - 家族が申請する場合の例 - (表面)

様式第15号(第15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

次のとおり申請します。

申請年月日 7年 8月 18日

介護保険 被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7	個人番号		
医療保険 保険者名	那須塩原市		保険者番号	090134 ①
被保険者 記号・番号	記号 100	番号 012345	枝番	01
フリガナ	ナシオ タロウ		生年月日	[和暦] 昭和2年 2月 2日
氏名	那塩 太郎		性別	男・女
住所	〒325-8501 那須塩原市 共聖社00-00 電話番号 0287-00-0000			
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	要介護状態区分 1 2 3 4 5		要支援状態区分 1 2
	有効期限	令和 年 月 日 から 令和 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・いいえ	
	「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 ②	
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 名稱	医療機関等の名称等・所在地		期間	
	〒 あたご病院		年 月 日 ~ 年 月 日	
提出代行者 住所	年 月 日 ~ 年 月 日 ③			

主治医	主治医の氏名	那須野 次郎	医療機関名	あたご 病院
	所在	〒329-0000 那須塩原市 あたご町 000-0000	電話番号 0287-00-0000 ④	

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				
特定疾患名 ⑤				
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示することに同意します。				
本人氏名 ⑥				
(家族の場合) 代筆者 (続柄)				
(申請代行の場合) 代筆者				

- ① 介護認定を受けたい人
健康保険証等の保険者・保険者番号・被保険者記号番号を記入してください。
40歳～64歳の方や記入方法が分からない方は、健康保険証のコピーを提出してください。
※個人番号(マイナンバー)を記入した場合は、窓口にて申請者の身分確認をさせていただきます。(郵送申請の場合は、運転免許証等のコピーを同封してください)
個人番号が分からない等の場合は個人番号が未記入でも受理します。
(未記入の場合は確認書類不要)

- ② 半年以内の入院の有無に○をつけてください。
入院「有」の時は、入院した病院名・所在地・期間を分かれる範囲で記入してください。
- ③ 家族が申請する時は記入不要
- ④ 市役所から病院へ、介護認定に必要な書類(主治医意見書)を依頼します。定期受診のある方は、かかりつけ医を記入。定期受診の無い方や、入院中の方は、現在の心身の状態がわかる医師、病院名を記入してください。
複数の病院を受診中の方は、日常生活への影響が一番大きい疾患を診てもらっている医師・病院名を記入してください。
- ⑤ 40歳～64歳の方のみ記入
介護保険で定める特定疾患を記入してください。
- ⑥ 同意内容をお読みいただき、署名してください。

【特定疾患】

- 関節リウマチ
- 筋萎縮性側索硬化症
- 後縫靭帯骨化症
- 脊髄小脳変性症
- 脊柱管狭窄症
- 初老期における認知症
- 骨折を伴う骨粗しょう症
- 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症
- 進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病
- 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

- 閉塞性動脈硬化症
- 慢性閉塞性肺疾患
- 早老症
- 多系統萎縮症
- 脳血管疾患
- がん(回復の見込みがない状態と医師が判断したもの)

(裏面)

I 基本情報

申請区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 区分変更 <input type="checkbox"/> 更新	(7)
この申請書・訪問調査に 関する連絡先	ふりがな お名前: (続柄) 電話番号: (8) ※日中つながる電話番号を記入してください	
家族状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居家族あり [<input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 口子 <input type="checkbox"/> 口子の配偶者 <input type="checkbox"/> 口孫 <input type="checkbox"/> その他()] ↳ 1ヶ月以内の介護認定申請中の同居家族: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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

<input type="checkbox"/> 自宅 (親族の家など、住民登録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)			
<input type="checkbox"/> 病院	病院	棟	階 (東・西・南・北・その他())
<input type="checkbox"/> 施設等	調査地: 住所:		
<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり [<input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 口子 <input type="checkbox"/> 口子の配偶者 <input type="checkbox"/> 口孫 <input type="checkbox"/> 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					(10)
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。					(11)
	<input type="checkbox"/> なし	月	火	水	木	金
	<input type="checkbox"/> あり	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	(12)
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: <input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 改善					
認知症状: <input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → 通い(曜日)宿泊(曜日)訪問(曜日)				[曜日] 透析 [曜日] 医療系サービス [曜日] 障害系サービス	
上記以外の利用状況 <input type="checkbox"/> サービス利用あり <input type="checkbox"/> 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					
(14)					

VI その他利用状況

(看護)小規模多機能型居宅介護の利用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → 通い(曜日)宿泊(曜日)訪問(曜日)		[曜日] 透析 [曜日] 医療系サービス [曜日] 障害系サービス			
上記以外の利用状況 <input type="checkbox"/> サービス利用あり <input type="checkbox"/> 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					
(14)					

VII 現在、医療機関に入院中の方 人院中の方は原則、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. 何か原因で入院になりましたか? 病名等:				(15)
2. 退院日は決まっていますか? <input type="checkbox"/> 決まっている [月 日頃・近日] <input type="checkbox"/> 未定				
3. 退院後の予定(希望も含む)は? <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> 転院 [] <input type="checkbox"/> 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: ベット: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (口犬 <input type="checkbox"/> 猫 <input type="checkbox"/> その他()) 敷地内駐車場: <input type="checkbox"/> なし (駐車場所:) <input type="checkbox"/> あり その他 []						(16)
指定ケアマネージャー等()						
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: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (示談日: 令和 年 月 日)						

(16) (13)に書ききれなかった症状や介護が必要な事を記入してください。

その他、伝えておきたい事があれば記入してください

- (例)・敷地に2棟家があるので、奥の赤い屋根の家へ来てください。
- ・足が痛いので、インターホンが鳴ってから玄関に行くまで3分くらいかかります。
- ・立会い者がシフト制の仕事のため、休みを取るために早めに日程調整の電話が欲しい。
- ・立会い者が〇〇市(県)から来訪するため、早めの日程調整をお願いしたい。

(7) 今回の申請区分を記入してください。

(8) この申請書や訪問調査の日程調整者となる方の連絡先と、ご本人からみての家族状況を記入してください。

平日の午前8:30~午後5:00の間に連絡のつく電話番号を記入してください。

連絡のつく時間が短い方は、お手数ですが、着信がありましたら折り返しのご連絡をお願いいたします。

TEL 0287-62-7225

※連絡が取れないと訪問調査に伺う事ができません。

(9) 現在生活している場所を記入してください。

現在入院中で間もなく退院予定の方は、退院後生活する予定の場所も記入してください。

訪問調査前に居場所が変わった時(入院した、退院が早まった、別な親族宅に滞在する事になった等)は至急、高齢福祉課介護認定係へご連絡願います。

(10) 曜日の様子が分かる方が立ち会ってください。

(11) 毎週決まって都合の悪い曜日、時間帯があれば×を付けてください。

(12) 介助が必要な事について記入してください。

(13) 前回認定時からの状態の変化を記入してください。

(14) 現時点での利用中のサービスを記入してください。

(15) 入院中の方は記入してください。