

介護保険 要介護認定・要支援認定申請書

大 阪 市 長
次のとおり申請します。

※次に該当するものに「レ」を記入してください。

☐ 新規

☐ 要支援者の
要介護新規申請

☐ 更新

☐ 区分変更

☐ 転入

被 保 険 者	被保険者番号										申請年月日	年	月	日			
	フリガナ											生年月日	明・大・昭	年	月	日	
	氏 名												()	歳			
												性 別	男	・	女		
	住 所	〒															
		電話番号 ()															
	前回の要介護 認定の結果等	状態区分	要支援 () 要介護 ()		有効期間		年		月	日	～	年		月	日		
	※転出元市町村 で申請中の方	転出元市町村名					申 請 日		年		月	日					
	変更申請の理由 (区分変更時のみ記入)																
	介護保険施設 医療機関等 に入所・入院 している場合	入所施設・医療機関等の名称										入 所・入 院 の 期 間					
											年				月	日	か ら
											年				月	日	ま で
電話番号 ()																	
認定調査先住所	※認定調査先が、被保険者住所と異なる場合は必ずご記入ください。 〒																
	電話番号 ()																
■ 「がん」で早急に介護サービスが必要であるなど認定調査を特に急ぐ必要がある場合は、具体的理由を記入してください。 理由 ()																	

主 治 医	医療機関名					主治医の氏名								
	所 在 地	〒												
		電話番号 ()												
	受診状況	通院中 (最終受診日 年 月 日頃) 入院中												

個人番号																			
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

医療保険	保険者名					保険者番号								
	被保険者証	記号												
		番号									枝番			

・主治医意見書を記載した医師から求めがあれば、要介護・要支援認定結果、居宅・介護予防サービス計画作成事業者名及び連絡先を、認定調査に従事した調査員から求めがあれば、要介護・要支援認定結果をそれぞれ提示することに同意します。
・要支援認定及び非該当と判定された場合、地域包括支援センターに、認定結果情報及び住所、生年月日、性別、電話番号について提示することに同意します。
・更新申請の場合、現在の要介護（要支援）状態区分の有効期間内であれば、要介護（要支援）認定が申請日から30日を超えるときであっても、認定までの見込み期間等を通知する書面を省略することに同意します。

本人氏名 _____

※本人以外が申請する場合は次の欄に記入してください。

申請者氏名 提出代行者名称	該当に○ (代行事業者番号 (居宅介護支援事業者・介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院・地域包括支援センター))	被保険者との関係 (提出代行者は記入不要)
住 所 又は 所 在 地	〒	
	電話番号 ()	

2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入し、健康保険証（写）を添付してください。

特定疾病名	
-------	--

受 付

※裏面もご記入ください。

認定調査にあたって

要介護認定のために、認定調査員がご自宅等を訪問し、心身の状況などをうかがいます。
認定調査の日程調整など円滑に行うために必要となりますのでご記入ください。

○ 認定調査の日程調整は、どなたとすればよろしいですか。

① 本人 ② 家族（氏名： _____ 同居・別居（ ） 続柄（ _____ 昼間連絡先TEL（ _____ ） 携帯TEL（ _____ ）
①②以外の方（事業者名・氏名等）： _____ 本人との関係（ _____ 昼間連絡先TEL（ _____ ）

○ 調査の当日に、どなたか同席を希望される方がいますか。

はい	家族（氏名 _____）続柄（ _____）	いいえ
	家族以外（氏名 _____）本人との関係（ _____）	

○ 月～土曜日のうちで、調査に都合の良い曜日・時間帯や悪い曜日・時間帯がありますか。

（下記の表に、都合の良い曜日・時間帯に○を、都合の悪い曜日・時間帯に×をつけてください。）

は い →		月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日
	午 前						
いいえ	午 後						

○ あなたの意思を調査員に伝えるために、介添・手話通訳事業の利用を希望されますか。

はい（ 利用希望番号： 1 介添 2 外国語通訳 3 手話通訳 ）	いいえ
-----------------------------------	-----

※利用希望番号の説明については、下記（「認定調査について」）を参照してください。

○ その他、認定調査に関して伝えておきたいことがあれば記入してください。

--

認 定 調 査 に つ い て

- ◎ 認定申請をされますと、本市から委託を受けた認定調査員が、申請後14日以内を目途（ただし、日程調整の結果、上記期間を超過することがあります。）に、ご自宅を訪問します。認定調査では、可能な範囲で歩行や寝返りなどを実際に行っていただくことになっていきますので、ご協力をお願いします。また、ご家族や介護者の方からも、日頃の状況をうかがいますので、認定調査当日は、可能な限り調査の同席をお願いします。

- ◎ 本市では認定調査にあたって、介添者・手話通訳者を派遣することができます。希望される方は、上記の「○ あなたの意思を調査員に伝えるために、介添・手話通訳事業の利用を希望されますか」の欄で、「はい」に○をつけ、つぎの1から3に記載している項目から、あてはまる番号に○をつけてください。

1. ご本人だけでは、調査の内容がよく理解できないなど、調査に不安を持つひとり暮らしなどの高齢者の方
2. 日本語による調査では、調査の内容がよく理解できない外国籍住民などの方
3. 聴力や言語などの障がいにより、調査の内容の伝達が困難な方

※裏面もご記入ください。