

【認定の申請にあたって(区分変更申請)】

※申請書はすべてご本人様または申請される方がご記入ください。

(主治医欄についても主治医に記載してもらう必要はありません。)

※申請されてから認定の結果を通知するまでに1か月以上かかる場合があります。

記入例(表面)

「変更」にチェックしてください

介護保険 要介護・要支援認定申請書					
府中市長 (口新規 口更新 <input checked="" type="checkbox"/> 変更 口転入)					
次のとおり申請します。					
被 保 險 者 (本 人)	介護保険 被保険者番号	0 0 0 × × × × × ×	個人番号		
	医療保険	□後期高齢者医療保険 □国民健康保険 □生活保護 □その他→【医療保険者名称】 【記号】	【医療保険者番号】	【年】	【月】
	フリガナ	フチュウ ウメ	現在の認定内容と変更申請を必要とする状態変化についてご記入ください。		
	氏名	府中 うめ			
	住所	〒 183-8703 府中市宮西町2-×× ○○マンション △△号室	電話番号	× × ×	
	前回の要介護 認定の結果等 (新規は記入不要)	要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5	必ずいずれかに○をつけて下さい。 ※入院・入所中の場合は、施設名、部屋番号、所在地等もご記入ください。	
	変更申請の場合のみ 理由記入	有効期間 令和 × 年 ○月 △日 ~ 令和 × 年 ●月	状態変化があるため(改善/悪化)・その他()		
	転入者のみ記入	前市区町村【 】で認定あり・認定なし(申請日:)			
	現在の居場所	①住所地 2 病院・施設(ショートステイは除く) 病院名・施設名・家族名	3 その他(家族宅等)		
	1~3に○印を付けて下さい。 「1 住所地」以外の場合は詳細を記入してください。	住 所 (所 在 地)	電話番号		
期間(予定)	令和 年 月 日 ~ 令	市役所に提出する方(家族等・事業所)についてご記入ください。 ※本人が市役所に提出する場合は記入不要です			
※提出代行者欄は本人以外が提出する場合に記入してください。					
提出 代 行 者	フリガナ	フチュウ ケヤキ			
	氏名(名称)	府中 けやき	該当に○ <input checked="" type="checkbox"/> 家族等(本人との関係: 子)・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 (所 在 地)	〒 183-8703 府中市宮西町2-×× ○○マンション △△号室	電話番号	090(1235)×××	
主 治 医	フリガナ	ナミキ	サクラ	フリガナ マルマルダイガクフゾクビヨウイ	
	主治医	(氏)並木	(名)さくら	医療機関名	○○大学付属
	所在地	〒 183-8703 府中市宮西町○-△-○	電話番号	042(32)	
	最終受診日	令和 ● 年 ■ 月 ▲ 日	次回受診予定日	令和 ● 年 ■ 月 ▽ 日	新
※第2号被保険者(40歳から64歳)のみ記入					
特定疾病名					
40歳~64歳の方のみご記入ください。健康保険証または資格確認書をお持ちの方は写しを添付してください(マイナ保険証の場合は不要です)。					
介護(予防)サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営による判断結果・意見及び主治医調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主担当事業者、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。					
被保険者本人氏名	府中 うめ	代筆者氏名	府中 けやき	ご本人との	
【新規申請のみ】	本申請書の内容を地域包括支供不要の場合は未記入)			※裏面も必ずご記入	
ご本人の必要 援センターに記入不要です。				介護認定後にケアプラン作成等のため、ケアマネージャーや主治医より認定調査票や意見書等の開示請求があった場合に開示することに同意いただける場合はご署名をお願いします。	

記入例(裏面)

認定調査に係る連絡事項

1. 申請理由(複数回答可)

- 介護又は支援が必要なため 更新のため 病院からの勧め 住宅改修費
 状態変化により介護度の変更を希望するため その他()

・生活機能低下の原因となっている傷病名があればご記入ください(**高血圧症**)

今回申請を行った経緯をご記入ください。

(例 体力低下が見られるようになり、デイサービスに通いたい 等)

介護を必要とする主な要因となる傷病名をご記入ください。
※不明の場合は空欄で結構です。

・配慮事項 あり ⇒ 筆談が必要 別室での聞き取りが必要 その他()

認定調査の実施時に対応を希望することがあればご記入ください。

2. 調査時の立会者

※実態に即した調査を行うため、調査にご同席いただき普段の状況や介護の手間に

- 家族等が立ち会う【本人と 同居 **別居** (○×) 区(市・町・村)】
※ご入院中の場合は看護師への聞き取りが中心となります
 ケアマネ、入院・入所先の職員が立ち会う
 立ち会い者なし

認定調査の実施時の立ち会い者について選択し、必要事項を記入してください。
なお、ご本人様が入院・入所中の場合、普段の介護の状況は施設職員の方等から聞き取ります。

※ご本人様が入院・入所中でご家族様が立ち会いを希望する場合は事前に入院・入所先にご相談ください。

調査日時の調整連絡先 氏名: **府中 けやき** (本人)

電話番号 **080 (●●●●) ××××**

※連絡先は平日の日中に連絡が取れる番号をご記入

市への連絡事項 **不在時は留守番電話に伝言あれば折り返しま**

3. 調査希望日 ※ 調査は平日の9:00~16:00の間に開始し、1時間ほどお時間をいただきます

調査を行うにあたり都合の悪い曜日と時間帯に×を記入ください

	月	火	水	木	金	備考
午 前					×	○月○日午前は通院予定
午 後			×			

認定調査を実施するにあたり都合の悪い曜日や時間帯、不在にする期間等がございましたらご記入ください。

※ 申請から1か月以内にショートステイの利用等不在がある場合はその期間をご記入ください

不在期間 ○ 月 × 日 ~ ○ 月 △ 日

理由: ショートステイの利用 入院 その他()

【府中市記入欄】

この欄には記入しないでください。

受付
□被保証押印 窓・郵・OL

問合せ先
府中市福祉保健部介護保険課 介護認定係
電話:042-335-4309(直通)