

【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ふ必要はありません。)

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 (新規 更新 変更 転入)
 次のとおり申請します。 記入日 令和 年 月 日

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] [医療保険者番号] [記号] [番号] [姓]		
フリガナ	フチュウ ウメ		
氏名	府中 うめ		
住所	〒 183-8703 府中市宮西町2-×× ○○マン ショウ	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		
有効期間	令和 ×年 ○月 △日 ~ 令和 ×年 ●月		
変更申請の場合のみ理由記入	状態変化があるため(改善/②悪化)・その他()		
転入者のみ記入	前市区町村()で認定あり・認定() (申請日:)		
現在の居場所	① 住所地 2 病院・施設(ショートステイ等) 3 その他(家族宅等)		
1~3に印を付けてください。 「1 住所地、以外」の場合は詳細を記入してください。	病院名・施設名・家族名 ()	住所(所在地) 〒 電話番号	期間(予定) 令和 年 月 日 ~ 令

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。

フリガナ	フチュウ ケヤキ
氏名(名称)	府中 けやき
該当に	③ 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)×××

フリガナ	ナミキ	サクラ	フリガナ	マルマルダイガクフソクピョウイ
主治医	(氏) 並木	(名) さくら	医療機関名	大学付属
所在地	〒 183-8703	電話番号	042(33	
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通知調査内容、介護認定審査会による判定結果、意見及び主治医意見書、居宅サービス事業者若しくは介護保険施設の関係者、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

〔新規申請のみ〕ご本人の必要事項を地域包括支援センターに記入不要です。 裏面も必ずご記入

・個人番号(マイナンバー)
・医療保険(後期高齢者医療保険や健康保険)の各欄については未記入でも受付ができます。

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。

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。

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

現在の体の状態についてご存じの主治医(定期通院先や入院先等)を1名ご記入ください。
長期間ご受診していない場合は申請前に医療機関へご相談ください。
ご指定の主治医に市が認定審査に必要な主治医意見書の作成を依頼します。

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)

申請理由で該当するものを選択してください。

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(

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ついて

- 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

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す**

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。

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×をご記入ください

	月	火	水	木	金	備考
午前					×	月 日午前は通院予定
午後			×			

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()

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。

[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)