

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 **①**

鎌ヶ谷市長 様
次のとおり申請します。 申請年月日 令和 ○年○月○日

②

被 保 者	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			番号	枝番
	フリガナ	カマガヤ カズヤ		生年月日	明・大・昭 ○○年○○月○○日		
	氏 名	鎌ヶ谷 和也		性 別	(男) ・ 女		
	住 所	〒273-0000 鎌ヶ谷市新鎌ヶ谷○-○-○		電話番号	000-0000-0000		
	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				
	※14日以内 に他自治体 から転入し た者のみ記 入	転出元自治体(市町村)名[○○○市(○○○県)]		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)			
	過去6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	
①・無	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 〒273-0000 鎌ヶ谷中央メディカルセンター 鎌ヶ谷市中央○-○	期間	令和○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			

③

提 出 代 行 者	名 称	該当に○ (地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護受療院)
	住 所	〒 電話番号

④

主 治 医	主治医の氏名	千葉 太郎	医療機関名	鎌ヶ谷中央メディカルセンター
	所在地	〒273-0000 鎌ヶ谷市中央○-○	電話番号	000-0000-0000

⑤

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	
-------	--

⑦

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、鎌ヶ谷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、鎌ヶ谷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、また、現在の有効期間内であれば処分延期通知を省略することに同意します。

⑥

本人氏名 鎌ヶ谷 和也
代筆者氏名 鎌ヶ谷 潤(長男)
結果は、鎌ヶ谷 潤(長男)(〒273-0000 鎌ヶ谷市佐津間○-○ 電話番号000-0000-0000) 宛に送付してください。

記入項目

①申請年月日 全員ご記入ください

②被保険者 全員ご記入ください

介護保険被保険者証を参考に
・介護保険被保険者番号、氏名、生年月日、性別、住所、電話番号
・要介護(支援)状態区分及び有効期限(現在認定をお持ちの方)
・直近6か月で入所・入院されている場合は、施設・医療機関等をご記入ください。
※個人番号及び医療保険は、不明な場合は空欄(別途お伺いすることがあります)。

③提出代行者名称・住所 該当する方のみご記入ください

被保険者ご本人やご家族が申請する場合は記入不要です。

④主治医 全員ご記入ください

主治医の氏名を漢字フルネームで、医療機関名と所在地もご記入ください。
※主治医とは
・介護サービスが必要となった直接の原因である病気を治療している医師
・日頃からご自身の病歴や心身の健康状態をよく知っていると考えられる医師
なお、医療機関を受診する際、要介護(要支援)認定申請中であることを医師にお伝えいただくと、主治医意見書作成や認定の手続が円滑に進みます。

⑤特定疾病名 該当する方のみご記入ください

40～64歳までの方(第2号被保険者)のみご記入ください。
医療保険加入者であること及び特定疾病(下記参照)に該当していることが必要です。

- ・がん(医師が一般に認められている医学的知見にもとづき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る)
- ・関節リウマチ ・筋委縮性側索硬化症 ・後縦靭帯骨化症 ・骨折を伴う骨粗鬆症
- ・初老期における認知症 ・進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症およびパーキンソン病
- ・脊髄小脳変性症 ・脊柱管狭窄症 ・早老症 ・多系統萎縮症
- ・糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症および糖尿病性網膜症 ・脳血管疾患
- ・閉塞性動脈硬化症 ・慢性閉塞性肺疾患
- ・両側の膝関節または股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

⑥署名 全員ご記入ください

被保険者本人の署名をお願いします。代筆も可能ですが、代筆対応される場合は、代筆された方の氏名もご記入ください。

⑦送付先氏名・住所 該当する方のみご記入ください

介護保険被保険者証に記載の住所以外への認定結果通知書の送付をご希望の場合のみ、申請書の余白にその旨ご記入ください。送付先に指定できるのは、ご本人、ご家族または成年後見人です。ケアマネジャー等は送付先に指定できません。

認定調査連絡票

認定調査を円滑に行えるよう、下記項目の記入にご協力をお願いします。

8

被保険者(本人)氏名

鎌ヶ谷 和也

9

ご本人の状況

申請理由 (当てはまるもの全てにチェック)	<input checked="" type="checkbox"/> 病気や心身の不調で日常生活において困っておりサービスを利用したい <small>〔具体的に 転倒骨折し緊急入院。退院後はヘルパーによる生活の手助けと住宅への手すり設置、歩行器の貸与を希望。〕</small> <input type="checkbox"/> 主治医(看護師等)の勧め <input checked="" type="checkbox"/> 家族、民生委員、包括等からの勧め 利用希望のサービス (<input checked="" type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> デイ <input checked="" type="checkbox"/> 住宅改修 <input checked="" type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 現在利用サービスの継続 <input type="checkbox"/> 施設入所 (<input type="checkbox"/> 入所中 <input type="checkbox"/> 入所希望) <input type="checkbox"/> その他 []
家族状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 夫婦2人で同居 <input checked="" type="checkbox"/> それ以外(子と同居等)
(入院中の場合のみ記入)	入院の理由 [転倒骨折したため。] 退院予定日 [令和〇〇年〇〇月〇〇日] <input type="checkbox"/> 退院未定 <small>※入院直後やICU治療中、術後の急性期等は調査できません。 ※手術の予定がある場合は、手術後状態が落ち着いてからの調査となります。</small>

10

11

12

13

14

15

16

17

18

認定調査

その他

調査を受ける場所	<input type="checkbox"/> 自宅(介護保険被保険者証に記載の住所地) 駐車場 有・無 <input checked="" type="checkbox"/> 病院 病院名 [鎌ヶ谷市中央メディカルセンター 病棟: 〇階〇〇〇室] <input type="checkbox"/> 施設等 名称 [] 住所 [鎌ヶ谷市中央〇-〇] <small>※調査場所は、アパートやマンション名まで記載してください。</small>
調査の立会い	<input checked="" type="checkbox"/> 立ち会う 立会い者氏名 [鎌ヶ谷 潤] 本人との関係 [長男] 日中連絡の取れる電話 [自宅: 〇〇〇〇 携帯電話: 〇〇〇-〇〇〇〇] 連絡の取りやすい時間帯 [正午~13時、16時] <input type="checkbox"/> 立ち会わないので本人へ連絡 電話番号 []
調査日程の希望	曜日 <input checked="" type="checkbox"/> 月 <input checked="" type="checkbox"/> 火 <input checked="" type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> いつでも良い (〇印を付けてください) 時間帯 <input type="checkbox"/> 午前 <input checked="" type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> いつでも良い (〇印を付けてください) <small>※調査員が下記の市役所の電話番号又は調査員の携帯電話から1週間程度までに連絡します。</small>
調査時に配慮の必要な事項	<input type="checkbox"/> 別室等で立会人に聞きとりをしてほしい <input checked="" type="checkbox"/> 本人へ未告知の病状がある <input checked="" type="checkbox"/> "介護、という言葉に拒否がある <input type="checkbox"/> 筆談の対応が必要 <input type="checkbox"/> その他 <small>〔具体的に がんの疑いがあるが本人には知らせていない。また、介護とは言わないで欲しい。〕</small>
主治医の受診状況	定期受診 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 最終受診日 [] 次回受診予定日 [] <input checked="" type="checkbox"/> 入院中 <small>※入院中の主治医意見書は、原則入院先の医師への作成依頼となります</small>
家族等連絡先	①氏名 [鎌ヶ谷 潤] 続柄 [長男] 電話番号 [〇〇〇-〇〇〇〇] ②氏名 [鎌ヶ谷 淳二] 続柄 [次男] 電話番号 [〇〇〇-〇〇〇〇]
担当ケアマネジャー	<input checked="" type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる 事業所名 [] 担当者名 [] 電話番号 []

鎌ヶ谷市役所 高齢者支援課 介護保険係 (電話番号047-445-1380)

記入項目

⑧被保険者(本人)氏名 全員ご記入ください

⑨申請理由 全員ご記入ください

該当する理由を選択いただき、お困りのことや希望するサービスを出来るだけ詳しくご記入ください。

⑩家族状況 全員ご記入ください

お住まいの状況をご記入ください。なお、入院・入所中の場合は以前の状況をご記入ください。

⑪(入院中の場合のみ記入) 該当する方のみご記入ください

入院の理由や、退院や転院の状況についてご記入または選択してください。

⑫調査を受ける場所 全員ご記入ください

調査場所を選択し、住所をご記入ください。入院中の場合は、病棟や病室もご記入ください。

⑬調査の立会い 全員ご記入ください

ご家族やケアマネジャー等の立会いの有無を選択してください。
また、立会いされる方の氏名、関係、連絡先(日中できるだけ連絡の取れる電話番号)、連絡の取りやすい時間帯をご記入ください。

⑭調査日程の希望 全員ご記入ください

ご都合のよい曜日と時間帯を、できるだけ多く選択してください。

⑮調査時に配慮の必要な事項 該当する方のみご記入ください

調査時に、被保険者本人に伝えて欲しくないことや配慮して欲しいことがあれば選択し、できるだけ具体的にご記入ください(調査方法についてお伺いすることがあります)。

⑯主治医の受診状況 全員ご記入ください

かかりつけ医がいる病院への通院状況について選択し、定期通院している場合は日付についてご記入ください。

⑰家族等連絡先 全員ご記入ください

確認事項などが生じた場合や調査に立ち会われる方と連絡が取れない場合に連絡させていただく場合がありますので、できるだけ複数名のご連絡先をご記入ください。この認定申請について把握されている施設職員等をご記入いただいても構いません。

⑱担当ケアマネジャー 全員ご記入ください

契約している居宅介護支援事業所または地域包括支援センターの有無について選択し、該当する場合は、事業所名や担当者名、電話番号をご記入ください。