

※市使用欄

課長

係長

係

受 付 印

介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書

種別〔 新規 ・ 更新 ・ 変更 〕

佐野市長様 次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 険 者 （ 介 護 を 受 け た い 方 ）	被保険者番号									個人番号									
	フリガナ											生年月日	明・大・昭		年	月	日		
	氏 名											年 齢	歳		(1号 ・ 2号)				
												性 別	男 ・ 女						
	住 所	〒										電話番号 ()							
	現在の状況	該当に○〔1.在宅 2.別居家族宅 3.入所中(老人福祉施設・介護老人保健施設・医療機関・その他の施設)〕																	
2と3に○を付けた方は右の欄にもご記入ください→	施設・病院名(家族宅の場合は家族の氏名)及び住所 期間 年 月 日から (棟 階) 電話番号 ()																		

申 請 者 (窓口に来た方)		被保険者との 続柄又は関係	
提出代行者名称	該当する場合は○→(地域包括支援センター・指定居宅支援事業者・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) ※事業所の方のみ記入してください(本人・家族・知人の方は不要です)		
申 請 者 又 は 提出代行者住所	〒 電話番号 () ※どなたも必ず記入してください		

主 治 医	※申請者が記入してください					
	医療機関名		診療科名		主治医 の氏名	
	所在地	〒 電話番号 ()				

特定疾病名は2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

医療保険者名 (〇〇市、△△健保等)		被保険者 記号・番号	記号		番号	
保 険 者 番 号		特 定 疾 病 名				

前回の要介護認定 の 結 果 等	要支援状態区分 【 1 2 】	要介護状態区分 【 1 2 3 4 5 】
	有効期間 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日	
変更の理由 (変更申請の方)		
14日以内に他自治 体から転入した者 のみ記入	転出自治体(市町村)名 【 】 現在、転出元自治体に要介護・要支援を申請中ですか。 はい ・ いいえ (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) 【はい】の場合 申請日 年 月 日	

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、佐野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、佐野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。）ことに同意します。

被保険者氏名
(介護を受けたい方)代筆者
(代筆した方)

※被保険者が署名できない場合は、被保険者に確認の上、代筆してください。

申請にあたってのお願い

申請を受けてから、ご本人の状態を確認するため、市の認定調査員が訪問調査に伺います。
その際、ご家族の方にもお聞きすることがありますので、同席をお願いします。
(この訪問調査が済みませんと、認定を受けるための審査判定ができません。)

1. 調査時の日程調整等のご連絡先のご記入をお願いいたします。

フリガナ		本人との関係		立ち合い希望
氏名				有 ・ 無 家族・ケアマネ等・施設職員 その他()
連絡先	- - ※調査員は専用の携帯電話でお電話します。			
調査場所	☐ 自宅 ☐ 入所・入院先 ☐ その他() 駐車場 有・無()			
連絡可能時間 (8:30～16:30) その他の連絡事項		★現在のサービス利用状況 ☐ 訪問介護・看護(曜日) ☐ 福祉用具 ☐ デイサービス(曜日) ☐ 住宅改修 ☐ 通所リハビリ(曜日) ☐ 施設・短期入所 ☐ その他()		
調査時の注意点	☐ 未告知の疾病 ☐ サービス利用に抵抗(本人・家族) ☐ その他()			

2. ご本人の状況をお伺いします。(該当するところにチェック、又は○で囲んでください。)

家族状況等	☐ 同居者有(独りの時間帯 日中・夜間) ☐ 独居 (主な介護者: ☐ 通い・同居)
日常生活状況	☐ 動作等に支障がある(起上り 立上り 歩行 視力 聴力 寝たきり その他)
	☐ 認知症の症状がある(物忘れ 話がかみ合わない 怒りっぽい 徘徊 その他)
	☐ 介助が必要な場面(移動 食事 排泄 入浴 外出 買い物 服薬 その他)
新規申請は記入 利用希望サービス	☐ ヘルパー ☐ デイサービス ☐ 通所リハビリ ☐ 住宅改修 ☐ 福祉用具貸与・購入 ☐ 訪問看護 ☐ 施設入所 ☐ 検討中 ☐ その他()

3. 入院中の方は、下記の項目についてご記入ください。

- ①何が原因で入院になりましたか？ 病名： _____
- ②退院日は決まっていますか？
- 決まっている（ 月 日予定） □決まっていない

4. 第三者行為(交通事故等)に該当する方は下記の項目について記入してください。

- ①事故発生日 (年 月 日)
②示談の有無 (有・無) ※有の場合 (示談日: 年 月 日)

5. 介護保険被保険者証を紛失した又は申請時に持参しなかった方は下記事項を確認のうえ署名して下さい。

☐介護保険資格者証を受領いたしました。 同意署名(申請者)

☐介護保険被保険者証がありましたら、破棄します。

※市記入欄

受付者名	確認事項チェック欄	備 考
	・区分(☐ 新規 ☐ 更新・変更 ☐ 期限切れ等) ・保険証の持参 (☐ 有 ☐ 無 ☐ 2号新規) ・2号医療保険(☐ 資格確認書等 ☐ マイナポータル等) ※2号の新規は、被保険証はありません。	・主治医意見書手渡し(☐ 済 ☐ 未) (受領サイン:) ・保険料未納(☐ あり)