

介護保険 要介護認定・要支援認定申請書

(宛先)
旭川市長

申請区分

新規・更新・変更

支1⇔支2
支⇔介

介⇔介

・転入等

次のとおり申請します

申請年月日 令和 年 月 日

※裏面もご記入下さい

認定を受ける人 (被保険者)	被保険者番号	0 0 0	個人番号 (マイナンバー)			
	医療保険	保険者名	保険者番号			
		被保険者証 記号	番号	枝番		
	64歳以下の方は記入 ※医療保険証の写しを添付		特定疾病名			
	フリガナ			生年月日	明・大・昭	年 月 日
	氏名			男・女	電話番号	
	住所	〒				
	前回の認定結果	要介護 1・2・3・4・5		要支援 1・2		非該当 申請歴なし
変更申請の理由 (変更申請の方のみ記入)	<input type="checkbox"/> 状態の悪化 ※具体的状況(いつからどのように身体状態・認知症状が変化したか、それによる介護の手間など) <input type="checkbox"/> 状態の改善					

主治医	医療機関名	診療科	主治医氏名(フルネーム)		
		最終受診日	令和 年 月 日頃		
	所在地	〒			
・今回の申請について主治医は意見書の作成を了承していますか。 <input type="checkbox"/> 了承している <input type="checkbox"/> 了承していない → 必ず、主治医に意見書作成の了承を得て下さい。					

訪問調査について	日程調整の連絡先	フリガナ	同席者	同席者氏名		
		氏名	有 : 無	本人との関係		
	日中の連絡先	①()	②()	本人との関係		
	調査場所	名称	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 入所先 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他()			
		所在地				
	(入院等の場合)期間	年 月 日 ~ 年 月 日	部屋番号	階	号室	
	サービス利用状況	<input type="checkbox"/> サービスを利用中 ・ <input type="checkbox"/> サービスを利用していない ・ <input type="checkbox"/> 暫定プランにて利用中				
	駐車場	<input type="checkbox"/> あり(注意点等:) <input type="checkbox"/> なし				
都合の悪い曜日・時間帯 (該当する時間帯に×を記入)		月曜	火曜	水曜	木曜	金曜
	午前					
	午後					
調査時の留意事項	例)筆談対応が必要。病名未告知。本人に排泄や物忘れについて聞くと感情的になる。本人のいない場所での聞き取り希望。等					

同意事項	以下のことに同意します。					
	1. 主治医より、実施した要介護認定・要支援認定にかかる調査票・主治医意見書及び判定結果(要介護度)等について照会がある時は、当該事項について医療機関に提示すること。 2. 更新申請において、認定有効期間内に要介護認定・要支援認定が行われる場合は、申請から30日を超える処理見込期間とその理由の通知(延期通知)を省略すること。					
	本人署名	代筆者署名	【裏面に続きます】			

○本人の場合は氏名のみ記入してください。

○本人以外の方が提出される場合は下記の項目全てに記入して下さい。

窓口に来た方	フリガナ		本人から みて	<input type="checkbox"/> 同居家族	具体的な間柄(子・嫁など)
	氏名			<input type="checkbox"/> 別居家族	()
	電話		<input type="checkbox"/> その他	()	
	事業所名		提出 代行者	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター	<input type="checkbox"/> 介護保険施設等
	住所			<input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者	<input type="checkbox"/> 医療機関

○訪問調査の参考にさせていただきますので、下記の質問にお答えください。

本人について	申請理由	きっかけ	申請を勧められて () けが・病気 () いつ頃から 加齢・その他 ()			
		困りごと	例) 買い物・掃除・通院・ベッド・車いす・手すり・リハビリ・デイサービス 等			
	同居の有無 (在宅の場合)	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居家族あり(夫・妻・子・子の配偶者・孫・父・母・他())				
	本人の状態	受け答え	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 簡単なことに限られる	<input type="checkbox"/> 難しい	<input type="checkbox"/> その他 ()
		聴力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 普通の声がやっと聞こえる	<input type="checkbox"/> 大きな声なら聞こえる	<input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない
歩行		<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 杖や歩行器など使用	<input type="checkbox"/> 車椅子を使用	<input type="checkbox"/> 車椅子でも困難	
排泄		<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 時々失敗がある	<input type="checkbox"/> 声かけや見守りが必要	<input type="checkbox"/> 介助が必要	
物忘れ		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 置き忘れなどが目立つ	<input type="checkbox"/> 最近のことがわからない	<input type="checkbox"/> すぐに忘れる	

○他自治体(市区町村)から14日以内に転入した方のみ記入してください。

転出元自治体名 []
転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
「はい」の場合は申請日 : 令和 年 月 日

備考欄(旭川市記入)

支所	受付者	申請者登録	メモ入力