# 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

東近江市長　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 | | |
| | 医療保険 被保険者証 | 記号 | | 番号 | | 枝番 |
| | フリガナ | | | 生年月日 | 大・昭　年　月　日 ( ) 歳 | |
| | 氏名 | | | 性別 | 男・女 | |
| | 住所 | 〒<br>電話番号 | | | | |
| | 前回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　1　2<br>有効期間　令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで | | | |
| | | *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［　］<br>現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。<br>（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）<br>はい・いいえ<br>「はい」の場合、申請日　年　月　日 | | | |
| | 過去6月間の介護保険施設・医療機関等入院入所の有無<br>有・無 | 介護保険施設の名称等・所在地 | | 期間 年　月　日～<br>年　月　日 | | |
| | | 介護保険施設の名称等・所在地 | | 期間 年　月　日～<br>年　月　日 | | |
| | | 医療機関等の名称等・所在地 | | 期間 年　月　日～<br>年　月　日 | | |
| | | 医療機関等の名称等・所在地 | | 期間 年　月　日～<br>年　月　日 | | |

| | | |
|---|---|---|
| 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・介護医療院） |
| | 住所 | 〒<br>電話番号 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 主治医 | 主治医の氏名 | | 医療機関名 | |
| | 所在地 | 〒<br>電話番号 | | |

第２号被保険者（40歳から64歳までの医療保険加入者）のみ記入

| | |
|---|---|
| 特定疾病名 | |

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・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書、東近江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、東近江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。

本人氏名

（　新規　・　更新　・　区変　・　支→新　・　事→新）

# 要介護認定申請に係る確認事項を御記入ください

| | | |
|---|---|---|
| 調査の日程調整者 | （フリガナ） | （続柄） |
| | 氏名 | （電話番号） |
| 調査日の希望日<br>（希望がある場合のみ記入） | 例：月曜日、火曜日、水曜日は都合が悪い。　4月10、11、12日は都合が悪い。　等<br>※希望に添えないこともあります。 | |
| 調査の同席者 | （フリガナ） | （続柄） |
| | 氏名 | （電話番号） |
| | （フリガナ） | （続柄） |
| | 氏名 | （電話番号） |
| 調査の場所<br>（自宅調査の場合も<br>住所を記入してください） | □ 自宅　□ 施設　□病院　□その他（　　） | |
| | 〒　　電話番号： | |
| | 住所： | |
| | 駐車場：□有　□無（指定場所　　）ペット：□有　□無 | |
| | **調査場所の施設名、病院名、その他の名称など** | |
| | 名称：　　病棟・部屋番号： | |
| | 入院・入所日：　年　月　日　退院予定日：　年　月　日 | |
| 入院・転院・退院・手術予定<br>または施設への入所予定 | | |
| 現在治療中の病気等 | □ 特になし　□ 骨折（部位：　　）<br>□ 認知症　□ がん（ □ 末期 ）　□ 脳血管疾患　□ 透析<br>□ その他（病名：　　） | |
| 認定調査のときに<br>配慮してほしいこと | □ 特になし　□ 難聴なので大きめの声で話してほしい<br>□ 本人に告知していない疾病（がん等）があり、病名等はわからないように調査をしてほしい<br>□ その他　（　　） | |
| 申請に至った理由<br>（更新の方は不要） | | |

**認定結果のお知らせについて**

申請日から認定結果送付が 30 日を超える場合に処理見込期間と理由をお知らせする延期通知について、更新申請で現在の認定の有効期間内に認定結果が送付できる場合は省略します。

同意される場合はチェックをお願いします→　□　上記省略に同意します。

**以下市記入欄**

受付日（　/　）　受付者（　　）　（　　支所）

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 同意欄署名入力 | | システム入力 | | 被保険者証回収 | |
| 区変理由等確認 | | 滞納 | | 資格者証発行 | |
| エクセル入力 | | 意見書依頼（　/　） | 在（ 新 ・継 ）<br>施（ 新 ・継 ） | 受付番号 | |
| | | | | | |
| 調査日程 | 月　日（　） | 時　分（頃 / 指定） | | 調査員 | |