

# 記入例

## 介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書

受付印

朝霞市長  
次のとおり  
◎介護保険

“介護保険の被保険者番号”を記入してください。  
医療保険の番号と間違えないよう気をつけてください。

年 月 日  
市が受理した日とな  
の新規申請者を除

代行での申請の場合は、記  
入は不要です。

被 保 険 者	被保険者番号	0000123456			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
	申請区分	新規 <b>更新</b> 変更							
	フリガナ	アサカ タロウ							
	氏名	朝霞 太郎							
	生年月日	明・大・ <b>昭</b>	1年	1月	1日	(98歳)	性別	<b>男</b> ・女	
	住所	〒351-8501 朝霞市本町1-1-1 電話番号 048(463)1111							
	介護保険施設・医療機関等 入院・入所の有無 (短期入所を除く)	<b>有</b> <b>無</b>	名称			年月日から	現在入院・入所中		
	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	申請日時点で施設入所中または入院中の場合は、 「有」に○をして施設名、病院名等を記入してください。			30日			

第2号被保険者(40~64歳)の場合は、  
必ず記入してください。

申請日時点で施設入所中または入院中の場合は、  
「有」に○をして施設名、病院名等を記入してください。

ひと月以上受診していない場合や薬だけもらって  
いる場合は、必ず診察を受けてください。

入院中の場合は、看護師等に  
主治医を確認してください。

市 へ 書 類 を 提 出 す る 人	<input type="checkbox"/> 本人	アサカ ハナコ			
	<input checked="" type="checkbox"/> 代理人	フリガナ 代理人の氏名	朝霞 花子	本人との関係	長女
	<input type="checkbox"/> 提出代行	住所	〒351-8501 朝霞市本町1-1-1	電話番号	048(463)1111

第2号被保険者(40~64歳)の場合は、  
特定疾病名を必ず記入してください。

※2号被保険者(40歳から64歳)の 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・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を、朝霞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若しくは介護保険施設の関係人、従事した調査員に掲示することに同意します。  
更新申請に係る認定が有効期間内に行われる場合は、申請から30日以内に行われるものと見做すものとします。

内容を確認のうえ、署名をお願いします。

(同意する場合は、右欄にご署名をお願いします)

裏面も記入してください

朝霞 太郎

朝霞 花子

ご本人との関係  
(長女)

# 記入例

(裏)

## 認定調査に関する確認票

該当する箇所の□欄にチェックを入れ、記入をお願いします。

本人宅の場合は、記入不要です。  
息子宅等に一時滞在している場合は、  
その住所を記入してください。

家族状況		<input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> 夫婦のみ <input checked="" type="checkbox"/> 親族と同居				
訪問先	■ 自宅	住所	※訪問先が本人の住民登録地と異なる場合は記入してください。(例：息子宅の場合)			
		表札	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	アパート・マンション名		
	施設・病院名		棟	階	号室	
			退院(所)予定日	年	月	日頃
				退院(所)予定がある方のみ記入		

日程調整先は、調査当日に立ち会われる方が望ましいです。  
入所・入院中の場合は、施設職員等と調整してから記入してください。

日程調整先	アサカ ハナコ	本人との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 親族( 娘 ) <input type="checkbox"/> ケアマネ・施設職員等 <input type="checkbox"/> その他( )			
	氏名		朝霞 花子			
	電話番号 ※平日の日中に連絡を取りやすい電話番号を記入してください。	<input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> その他( ) TEL 000-0000-0000	留守電 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
	平日に連絡を取りやすい時間帯	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input checked="" type="checkbox"/> その他( 12時から 13時)				
調査に都合の悪い日 (該当する箇所に“×”) ※調査は原則として、平日の日中に実施します。 ※調査時間はおよそ1時間です。		月	火	水	木	金
	午前	×		×	×	
	午後	×		×		

日程調整の参考にさせていただきます。  
詳しくは、連絡する調査員と調整してください。

立会い	<input checked="" type="checkbox"/> する	立会者氏名	朝霞 花子、 介護	
	<input type="checkbox"/> しない	本人との関係	娘、 ケアマネジャー	

ケアマネジャーが調査に同席される場合は、「立会い」の欄にも記入してください。

事業所名	居宅介護支援事業所〇〇〇〇〇〇	担当 ケアマネジャー	介護 太郎
サービスの利用 (利用希望)	<input checked="" type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> ホームヘルプ <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> ショートステイ <input checked="" type="checkbox"/> 住宅改修 <input checked="" type="checkbox"/> 福祉用具貸与( ベッド、杖、手すり ) <input type="checkbox"/> その他( )		

### 要介護認定調査の流れと調査員からのお願い

- ①要介護認定の申請後、市から委託された事業者から日程調整の連絡が来ます。
  - ②調査員が自宅や施設などを訪問して、ご本人と直接お会いして調査します。日頃の心身の状態を確認いたしますので、リラックスしてお話をお聞かせください(調査は平日の9時から15時までの間です)。
- 【 調査員からのお願い 】
- 調査にかかる時間は、1時間程度です。
  - ペットを飼っている方は、あらかじめゲージに入れるか、違う部屋に移してください。
  - 調査の当日は、調査に伺う前に、担当調査員から体調確認の電話をいたします。