

様式第27号 **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**

我孫子市長あて 次のとおり申請します。

申請区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 区分変更
------	---------------------------------------------------------------------------------------

フリガナ 氏名 (申請者本人)	男・女	被保険者番号												
		生年月日	大・昭	年	月	日								

住所 (住民登録地)	〒 - ※アパート・マンション名もご記入ください。												
電話番号	( )	個人番号	個人番号は未記入でも申請できます。										

医療保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険	※社会保険等加入の場合に記入											
	<input type="checkbox"/> 我孫子市国民健康保険	保険者名	保険者番号										
	<input type="checkbox"/> 社会保険等 ※右欄もご記入ください。 <input type="checkbox"/> 生活保護等	記号	番号	枝番									

現在の要介護認定区分	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 有効期間 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで												
------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

14日以内の転入者	転出元市町村名( ) 転出元で要介護認定申請中の場合 申請日: 年 月 日												
-----------	---------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

主治医 ※現在の心身の状態がわかる医師をご記入ください。	医療機関名											診療科	
	所在地 〒 -	電話番号	( )										医師名
	定期受診: 有・無・入院中 前回受診日: 年 月 日 次回受診日: 年 月 日												

特定疾病名	第2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入												
-------	-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

同意の確認	介護(介護予防)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(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、市が提供を受けた介護(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市から地域包括支援センター(高齢者なんでも相談室)、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。												
												(本人氏名欄代筆の場合)	本人との関係
	本人氏名											代筆者氏名	( )

申請書を提出する方(本人が提出する場合は記入不要です。)

ご家族等	氏名:	本人との関係( )										
	住所:	電話番号: ( )										

提出代行者 (事業所等) ※ケアマネ証を添付(持参)願います。	該当に○ 高齢者なんでも相談室・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 (地域包括支援センター)												
	名称:											担当職員名:	
	所在地:											来所者名:	
電話番号:	( )												
<input type="checkbox"/> (居宅CM・施設CMへ) 担当事業所による認定調査 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 ※新規申請・0号申請は委託不可													

【市処理欄】	(身元確認) 免許・マイナンバー・介護保険証・資格情報・CM証・その他( ) (代理権) 後見人・保佐人・補助人の身分証、登記事項証明、代理行為目録(保佐人・補助人は必要)							受付印
--------	-------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--	--	--	-----

至急	受付者	調査日	連絡事項	意見書種別	意見書	問診票	申請	<input type="checkbox"/> 窓 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 包括 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		/ ~		新・継 在・施	<input type="checkbox"/> 手渡し <input type="checkbox"/> 病院郵送 <input type="checkbox"/> 自宅郵送 <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> 手渡し <input type="checkbox"/> 受取済み <input type="checkbox"/> 自宅郵送 <input type="checkbox"/> ( )	/ 付	

## 認定調査連絡票

調査実施場所	<input type="checkbox"/> 表面に記載の住所 ➡ 建物名・施設名 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( _____ ) 調査員の駐車スペース <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 駐車場所( _____ ) <input type="checkbox"/> その他 ➡ 病院名・施設名等 _____ 所在地 _____ 電話番号 ( _____ ) _____ 病院の場合 ( _____ 階 _____ 病棟 _____ 号室) 施設の場合 <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> その他( _____ )																		
予 定	※都合の悪い曜日に×印をご記入ください。認定調査は平日に実施します。所用時間は30分～45分ほどです。 <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;">月</td> <td style="width: 20px;">火</td> <td style="width: 20px;">水</td> <td style="width: 20px;">木</td> <td style="width: 20px;">金</td> </tr> <tr> <td>午前</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>午後</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> ※手術予定がある場合は手術後、状態がおちついてからの調査になります。		月	火	水	木	金	午前						午後					
	月	火	水	木	金														
午前																			
午後																			
日程調整連絡先	<input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> 申請書を提出するご家族等 <input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャー <input type="checkbox"/> その他(以下もご記入ください) ※入院、入所中は各病院・施設との調整となります。 氏 名 _____ (続柄) 電話番号 ( _____ )																		
調査時の立ち合い希望	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( <input type="checkbox"/> 申請書を提出するご家族等 <input type="checkbox"/> 担当ケアマネ <input type="checkbox"/> 施設職員 <input type="checkbox"/> その他(以下もご記入ください) 立会者氏名 _____ (続柄) 電話番号 ( _____ )																		
調査時留意点	<input type="checkbox"/> 本人がいないところで調査員に伝えたいことがある <input type="checkbox"/> 本人に告知していない病名がある。( _____ ) <input type="checkbox"/> 「介護保険認定調査」ではなく「高齢者訪問」などの名目で来てほしい。 その他配慮してほしい事: _____																		
申請理由	<input type="checkbox"/> 介護サービス継続希望 <input type="checkbox"/> 介護量増加 <input type="checkbox"/> 状態改善 <input type="checkbox"/> 主治医(看護師等)の勧め <input type="checkbox"/> 施設入所(入所中・入所希望) <input type="checkbox"/> 介護サービス利用希望 (住宅改修・福祉用具・ヘルパー・デイサービス・デイケア・ショートステイ・その他) その他: _____																		
健康状態入院の有無	申請に至った病名または症状: <input type="checkbox"/> 手術をした、または予定している( _____ 年 _____ 月 _____ 日 )(手術部位: _____ ) <input type="checkbox"/> 入院・退院( _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日 ) <input type="checkbox"/> 退院予定( _____ 年 _____ 月 _____ 日 頃 ) <input type="checkbox"/> 退院日未定 <input type="checkbox"/> 転院予定( _____ 年 _____ 月 _____ 日 頃 ) 転院先( _____ )																		
担当ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( <input type="checkbox"/> 提出代行者に同じ <input type="checkbox"/> その他 ) ※その他の場合は以下もご記入ください。 事業所名 _____ 氏 名 _____ 電話番号 ( _____ )																		

\*訪問日時は、我孫子市又は市が調査を委託した事業者から電話連絡します。