

## 介護保険 要介護認定・要支援認定申請書

※次に該当するものに「レ」を記入してください。

太宰府市長  
次のとおり申請します。介護保険被保険者証  
(黄色)の番号 新規  更新  要支援者  
要介護新規申請  区分変更  転入

申請年月日		令和 8 年 4 月 1 日																									
被保険者番号		0 0 0 0 1 2 3 4 5 6										個人番号		1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3													
フリガナ		ダザイフ ミライ												生年月日		明・大・昭 〇 年 〇 月 〇 日 〇 歳											
氏名		太宰 未来												性別		男・女											
住所		〒 818 - 0101 太宰府市観世音寺1丁目1番1号												電話番号		( 092 - 921 - 2121 )											
前回の要介護認定の結果等		状態区分		要支援 (1・2) 要介護 (1・2・3・4・5)				有効期間		R 年 月 日 ~ R 年 月 日																	
※14日以内に 他自治体から 転入した者 のみ記入		転出元 市町村名		受給資格者証				有・無																			
現在、転出元自治体に要介護・要支援認定申請中ですか。 (すで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)		<input type="checkbox"/> はい(右欄へ) → <input type="checkbox"/> いいえ		申請日 (申請中のみ)		R 年 月 日																					
過去6ヶ月の 入院・入所の 有無 ※短期入所を除く		有		医療機関や施設など、実際の居住地の名称 ① 観世病院 所在地 太宰府市観世音寺2-2-2				期間		<input type="checkbox"/> 6か月以上前から現在まで(期間の記入は不要) R 8 年 3 月 15 日 ~ R 年 月 日 (退院予定日: 月 日頃 / 未定)																	
		無		医療機関や施設など、実際の居住地の名称 ② 所在地				期間		R 年 月 日 ~ R 年 月 日 (退院予定日: 月 日頃 / 未定)																	
主治医 (意見書を 依頼する医師)		主治医の氏名				観世 一郎				医療機関名				観世病院													
		所在地				〒 818 - 0101 太宰府市観世音寺2-2-2				最終受診日				R 年 月 日 (初旬・中旬・下旬) / 予約日 月 日 / 入院中													
申請の理由 (新規・区分変更)		主な疾患名、心身の状況等を記載してください(更新申請の必要はありません) 圧迫骨折で入院中。歩行が不安定。 また入浴に介助を要する。 必ず記載して下さい。日にちが不明な場合は初旬・中旬・下旬のいずれかに〇を付けて下さい。(入院中を除く)																									
医療保険		保険者名				太宰府市				保険者番号				400226													
		被保険者証 記号				21				番号				12345													
特定疾病名		※2号被保険者(40歳から64歳)に加入していることを確認できるものの写しを添付				脳血管疾患				新規申請・区分変更の場合は必ず、記載してください。																	

※本人以外が申請する場合は次の欄に記入してください。

申請者氏名(家族等) または 提出代行者名称		該当に〇(居宅介護支援事業者・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) ※該当しない事業所は代行申請できません。 太宰府 太郎										続柄 (提出代行者は記入不要)		長男													
住所		〒 - 同上												電話番号		( 092 - 921 - 2121 )											

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、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、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。また、更新申請の場合、要介護認定・要支援認定が申請から30日を超える場合であっても、現在の認定有効期間内であれば、認定延期通知を省略することに同意します。

本人氏名 太宰府 未来

代筆者氏名 太宰府 太郎

(本人との関係: 長男)

○どなたが調査に立ち会われますか？

<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	<input checked="" type="checkbox"/> その他(下欄へ)	<input type="checkbox"/> 立ち会いなし
氏名 入院先の病院職員さん	住所 太宰府市観世音寺2-2-2	
本人との関係( )	電話番号( - - )	

※調査時だけではわからないご本人の日ごろの状態を把握するために、できるだけご家族等の立ち会いをお願いします。

○調査日時はどなたと約束したらよろしいですか？

<input type="checkbox"/> 本人	<input checked="" type="checkbox"/> 立ち会い者	<input type="checkbox"/> 提出代行者	<input type="checkbox"/> その他(下欄へ)
氏名	住所	(常に連絡が取れる)電話番号( - - )	
本人との関係( )		連絡がとれる時間帯( : ~ : )	

○調査予定場所を教えてください。

<input type="checkbox"/> 自宅	<input checked="" type="checkbox"/> 病院・施設等 → ( <input checked="" type="checkbox"/> ① ・ <input type="checkbox"/> ② )	※表面に記載欄あり(入院・入所の有無)
<input type="checkbox"/> その他 (病院・施設名、調査場所住所などを記載してください)		

○訪問調査で都合の悪い曜日・時間を教えてください。※認定調査は平日の日中に行います。

<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり(下欄へ 記載)	<input type="checkbox"/> 電話相談
<input type="checkbox"/> 月( ~ )	<input checked="" type="checkbox"/> 火( 12:00 ~ 15:00 )	<input type="checkbox"/> 水( ~ )
<input type="checkbox"/> 木( ~ )	<input type="checkbox"/> 金( ~ )	<input type="checkbox"/> その他( ~ )

○訪問調査の事前確認事項(この項目は訪問調査の事前確認です。回答は認定結果に影響しません。)

調査員の駐車スペース ※路上駐車はできません	<input type="checkbox"/> 敷地内に無	<input type="checkbox"/> その他( )
	<input checked="" type="checkbox"/> 敷地内に有 → 屋根の有無 ( <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 )	
もの忘れ	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有	過去1ヶ月の介護保険サービス利用 <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (介護・予防・総合)
耳が聞こえにくい	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有	医療保険サービス利用 <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (訪問看護・リハビリ)
言葉がでにくい	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有	世帯状況(在宅の場合) 一人暮らし・夫婦のみ <input checked="" type="checkbox"/> 家族同居世帯

○別室や電話での聞き取りを希望しますか？ また、配慮すべき事項があれば教えてください。

<input checked="" type="checkbox"/> 希望する (右欄へ) →	方法	<input type="checkbox"/> 別室での聞き取り	<input checked="" type="checkbox"/> 電話での聞き取り
	対象	<input type="checkbox"/> 立ち合い者	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/> その他の方(下欄記入)
<input type="checkbox"/> 希望しない	氏名	本人との関係	電話番号 - -
その他	未告知の病気、聞かないでほしい、言わないでほしいこと等、特別に配慮が必要なことがあれば必ず記入してください。		

保険者記入欄

訪問予定日	R 年 月 日 時 分	区変 (サービス利用中 かつ在宅)	<input type="checkbox"/> CM連絡確認	入力印
調査員	<input type="checkbox"/> 市( ) <input type="checkbox"/> RIIS	<input type="checkbox"/> ゆうしん	<input type="checkbox"/> 外部	
被保険者証回収	済・未	滞	有・無	
担当ケアマネジャー		係員		