

# 新規申請（表） 記入例 ご本人・ご家族・後見人向け

介護保険 要介護等認定 **1**  新規  更新  区分変更  転入】申請書

日向市長様

次のとおり、申請します。

申請年月日 令和  年  月  日

①申請区分  
初めての申請の場合は、「新規」を選択してください。

②申請年月日  
実際に申請書を提出（投函）する日に記載してください。郵送の場合は、原則、申請書の到達日が受付日となります。ただし、申請日から介護保険サービスを利用する場合は、申請書を郵送する前に、高齢者あんしん課介護認定係にご連絡ください。

③介護保険被保険者番号  
介護保険証で確認してください。（不明な場合は空欄でも可。）

④医療保険加入状況  
64歳以下の方は、必ずマイナ保険証等を確認し記載してください。（65歳以上の方で、不明な場合は空欄でも可。）

⑤氏名・フリガナ・生年月日・性別・住所・郵便番号・電話番号  
家族申請の場合は、ご家族の電話番号も記載してください。

⑥過去6か月間の病院への入院の有無  
病院へ入院していた（している）かについて記載してください。「あり」の場合は、入院していた（している）医療機関の名称と期間を記載してください。（期間が不明な場合は、令和〇年〇月までの記載で構いません。）

⑦主治医意見書の依頼先  
主治医に主治医意見書の作成が可能かどうか確認を行った上で、主治医の氏名（フルネーム）を記載してください。

⑧特定疾病名  
64歳以下の方は必ず記載してください。（65歳以上の方は不要です。）また、主治医意見書に当該特定疾病についての記載が必要ですので、その旨を主治医に確認してください。

⑨上記の同意に関する署名  
本人が署名する場合は、「本人署名」のみ記入してください。代筆される場合は、「本人署名・代筆者署名・続柄」を必ず記入してください。

介護保険被保険者番号	0000000000	個人番号	
保険者名	日向市	保険者番号	123456
被保険者証	記号 123456789 番号 12345678 枝番 1		
フリガナ	ヒュウガ タロウ	生年月日	
氏名	日向 太郎	<input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 0年0月0日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
住所	〒 883 - 0099 (電話番号) 0982 - 99 - 9999 日向市〇〇町〇〇番地 090-0000-0000(続柄)		
前回の要介護認定の結果等	要介護状態区分 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 要支援状態区分 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	有効期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日
14日以内に他自治体から転入した者のみ記入	転出元自治体(市町村)名	要介護・要支援認定を申請中 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
転入日	令和 年 月 日		
区分変更申請の理由	<input type="checkbox"/> 状態悪化 (左になった経緯) <input type="checkbox"/> 状態改善 / <input type="checkbox"/> その他		
過去6月間の介護保険施設・医療機関等への入院、入所の有無	介護保険施設・医療機関等の名称等・所在地	期間	令和 0年8月1日 令和 0年10月15日
<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	〇〇病院	期間	令和 年 月 日 令和 年 月 日

提出代行者の名称	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護		
住所	〒 - (電話番号) - -		

主治医の氏名	主治医のフルネーム	医療機関名	〇〇病院
所在地	〒 883 - 000 (電話番号) 0982 - 000 - 000 〇〇県〇〇市〇〇町		

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

特定疾病名	脳血管疾患
-------	-------

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、日向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、日向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、認定結果が非該当・要支援の場合は、介護予防事業のため担当する地域包括支援センターに認定結果を提供することに同意します。

日向市高齢者あんしん課 記入欄			
給付制限		調査員名	調査予定日
介護保険システム			(月日)
認定支援システム			[時分]
主治医意見書			

本人署名	日向 太郎
代筆者署名	日向 花子
(続柄)	(長女)

# 新規申請（裏） 記入例 ご本人・ご家族・後見人向け

■ 等各法 [労働者災害補償保健法の介護保障給付] ※必ずご記入ください。

10. 介護給付等受給資格 (  あり  なし ) お願い：有の場合は、直近の介護補償給付等支給決定通知書を添付して下さい。

■ 対象者の状況

11. 構成	( 2 ) 人暮らし		
病歴	脳血管疾患		
身体機能	麻痺	<input checked="" type="checkbox"/> あり ( <u>右上半身</u> )	<input type="checkbox"/> なし
意思の伝達	<input checked="" type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可	(伝達手段) <input checked="" type="checkbox"/> 口頭 <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> 手話 <input type="checkbox"/> その他【 】
認知症の有無	<input type="checkbox"/> あり	周辺症状など	<input type="checkbox"/> 判断能力低下 <input type="checkbox"/> 時間や場所がわからない <input type="checkbox"/> 仕事や家事ができなくなる <input type="checkbox"/> 話している言葉が理解できない <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 怒りっぽくなった <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 意欲低下 <input type="checkbox"/> うつ状態 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 興奮

■ 訪問調査に関すること

12. 調査先住所	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者住所と同じ <input checked="" type="checkbox"/> 調査先の名称 ( <u>〇〇病院</u> ) <input checked="" type="checkbox"/> 調査先の住所 ( <u>日向市〇〇町〇〇番地</u> )		
日程調整時の連絡者	フリガナ	〇〇 〇〇	続柄
	連絡先氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 入院中の場合 <u>担当者名</u> <u>3階病棟看護師</u> <input type="checkbox"/> 自宅での調査の場合 <u>日向 花子</u> <u>長女</u>	日中連絡可能な電話番号
			00 - 000 - 000
認定調査時の同席者	<input type="checkbox"/> 同席者なし (本人のみ) <input checked="" type="checkbox"/> 同席者あり ※同席者の居住地は日向市内ですか? ( <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ) <input checked="" type="checkbox"/> 日程調整時の連絡者と同じ <input type="checkbox"/> 上記以外 (下記に氏名等の記入をお願いします。) 氏名 ( ) 続柄 ( )		

■ 今後、利用したいサービス内容を記入してください。

13. 訪問介護	<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護	<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション
<input type="checkbox"/> 通所介護	<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 短期入所	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護
<input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与・購入	<input type="checkbox"/> 住宅改修	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設
<input checked="" type="checkbox"/> 介護老人保健施設	<input type="checkbox"/> 介護医療院	<input checked="" type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護	<input checked="" type="checkbox"/> 住宅型有料老人ホーム

■ 連絡事項がある場合は記入してください。

14. (例) 難聴があり、訪問調査の際は、ゆっくり話してほしい。

■ 利用中のサービスがある場合は記入してください。

訪問系	1. 訪問介護	事業所名	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日
	2. 訪問入浴介護	事業所名	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日
	3. 訪問看護・リハ	事業所名	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日
	4. 配食サービス	事業所名	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合) <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜
	5. その他 ( )	事業所名	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日
通所系	1. 通所介護	事業所名	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日
	2. 通所リハビリ	事業所名	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日
宿泊系	3. ショートステイ	施設名	1か月内の利用結果 今後2か月の利用予定日
	4. 人工透析	医療機関名	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日
その他	5. その他 ( )	事業所名	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日
	6. その他 ( )	事業所名	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日
小規模 (看護)	1. 通所		<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日
	2. 訪問介護・看護	施設名	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日
	3. 宿泊		今後2か月の利用予定日
その他	1. 福祉用具レンタル	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	品目:
	2. 福祉用具購入 (6か月以内)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	品目:

⑩ 介護保障給付等受給資格

以下のいずれかに該当し、介護補償給付等支給決定書を所持している場合のみ、「あり」にチェックしてください。

1. 仕事上の怪我で、介護が必要になった。
2. 他の人から危害を加えられて、介護が必要になった。

「あり」にチェックがある場合は、必ず直近の「介護補償給付等支給決定書」のコピーを添付してください。

⑪ 対象者の状況

家族構成・病歴・身体機能 (麻痺・歩行)・意思の伝達・認知症の有無について記載してください。

⑫ 訪問調査に関すること

**入院中の場合**  
 病院で調査を行いますので、日程調整を行う病院の担当者に確認の上、記載してください。

**自宅での調査の場合**  
 本人または普段本人を介助している方 (ご家族等) の名前を記載してください。

認定調査時の住所・連絡者・同席者については、記載漏れのないようお願いします。

⑬ 今後、利用したいサービス内容を記入してください。

今後、利用したいサービス内容に  を入れてください。

⑭ 連絡事項がある場合は記入してください。

介護認定調査員に事前に伝えておきたいことがあれば、記載してください。