

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

草津市長 宛

受付年月日	※市記入欄	年	月	日
-------	-------	---	---	---

次のとおり申請します。

申請年月日	年	月	日
-------	---	---	---

申請書を提出した人または提出代行者名称	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・指定介護療養型医療施設・介護医療院）		被保険者との関係 （提出代行者は記入不要）
			市記入欄 ※コードを記入
住所	〒	電話番号	

被 保 険 者	被保険者番号											個人番号																			
	フリガナ											生年月日	明・大・昭	年	月	日															
	氏名											性別	男・女																		
	住所	〒											電話番号																		
	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 ※14日以内に他自治体から転入した者のみ記入	要介護状態区分 1 2 3 4 5					要支援状態区分 1 2																							
			有効期間					年	月	日から	年	月	日まで																		
			転出元自治体（市町村）名																												
			現在、転出元自治体に要介護認定・要支援認定を申請中ですか。 （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。） はい・いいえ																												
			「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（短期入所を除く）															有・無															
介護保険施設・医療機関等の名称等・所在地															期間										年	月	日	～	年	月	日

主治医	主治医の氏名											医療機関名	(診療科名)									
	所在地	〒											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

医療保険者名											医療保険被保険者証記号番号										
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・意見および主治医意見書を、草津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もしくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師または認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。

本人氏名

○ 主治医意見書は現在どうなっていますか。

1. 主治医に依頼中。	依頼日	年	月	日
2. まだ主治医に依頼していない。	依頼予定日	年	月	日
提出先医療機関名 ()				

○ 今おられる場所(調査場所)はどちらですか。調査は生活の基盤をおいている場所で行います。

1. 自宅	2. 病院 (病院	病棟	号室)
3. 施設 () 4. その他 ()			

○ 調査の立会いはどなたがされますか。(立会いがなくても調査を行うことは可能です。)

<input type="checkbox"/> 立会いなし	<input type="checkbox"/> 家族 ()	<input type="checkbox"/> ケアマネジャー ()
<input type="checkbox"/> 包括支援センター()	<input type="checkbox"/> その他 ()	

○ 申請翌日から概ね3週間の平日で、希望の調査日時を第2希望まで記入してください。調査開始時刻は9:30、13:30からお選びください。ただし、必ずしもご希望に添えない場合がありますのでその日程以外にも都合のよい日、曜日、時間等がありましたら、備考欄に記入してください。

・いつでも可					
・第1希望	年	月	日	曜日	時 分から
・第2希望	年	月	日	曜日	時 分から
備考 ()					

○ ご自宅での調査の場合、敷地内等に駐車スペースはありますか。

<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (場所)
----------------------------	--------------------------------	---

○ 日程調整をする場合の連絡先を教えてください

・連絡をとる方の氏名	(氏名	続柄)
・連絡希望時間帯	()		
・連絡先(自宅・携帯)	(自宅	携帯)

○ 調査時、ご本人さんがおられないところで介護をされている方のお話を伺うことを希望されますか？

<input type="checkbox"/> 希望しない	<input type="checkbox"/> 希望する (理由)
--------------------------------	-----------------------------------	---

○ 利用されているサービスに○をして、利用曜日を記入してください。ただし、「用具購入」はこの半年以内に購入された福祉用具名を記入してください。

<input type="checkbox"/> ホームヘルパー ()	<input type="checkbox"/> 訪問看護 ()
<input type="checkbox"/> デイサービス ()	<input type="checkbox"/> デイケア ()
<input type="checkbox"/> 用具購入 ()	<input type="checkbox"/> 用具貸与 ()
<input type="checkbox"/> 短期入所 (利用期間)	<input type="checkbox"/> グループホーム利用中	
<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 (通い→	、訪問→	、泊り→)
<input type="checkbox"/> 住宅改修 (過去に利用したことがある場合)	<input type="checkbox"/> その他 ()	
<input type="checkbox"/> 病院入院中	<input type="checkbox"/> 施設入所中	<input type="checkbox"/> 利用なし	

○ 担当しているケアマネジャー等について教えてください。

居宅介護支援事業所 _____ 担当ケアマネジャー等 _____
 電話番号 _____

----- 市 使用 欄 -----

本人確認用	受付者:
①	個力・免許・身障・更新・他()
②	介証・負割証・健証・ホ・通力・他()

意見書	
交付状況	いつ()誰が()
提出した人	本人・家族()・CM、包括

代理権・代理人確認用	受付者:
代理権確認	委任状・法定代理人証明・介証・負割証・健証・更新・個力・通力・身障・ホ・他()
代理人確認	① 個力・免許・身障・CM証等・他()
	② 介証・負割証・健証・ホ・通力・他()