

# 区分変更

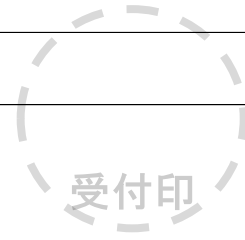
## 介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書

宍粟市長 様

次のとおり申請します。

年 月 日

|             |              |       |       |  |
|-------------|--------------|-------|-------|--|
| 被<br>保<br>者 | 被保険者番号       | 0 0 0 | 個人番号  |  |
|             | フリガナ         |       | 生年月日  |  |
|             | 氏名           |       | 性別    |  |
|             | 住所           | 〒     |       |  |
|             | 住所           | 電話番号  |       |  |
|             | 前回の要介護認定の結果等 | 状態区分  |       |  |
|             | 有効期間 から      |       |       |  |
| 主治医         | 医師名          |       | 医療機関名 |  |
|             | 所在地          | 電話番号  |       |  |



### 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

※医療保険被保険者証写し要

|        |               |
|--------|---------------|
| 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・意見及び主治医意見書を、宍粟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若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又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。

### 被保険者氏名

|                                      |          |   |    |   |
|--------------------------------------|----------|---|----|---|
| 窓<br>口<br>に<br>来<br>ら<br>れ<br>た<br>方 | 氏名       |   | 続柄 | <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |
|                                      | 住所       | <input type="checkbox"/> 被保険者と同じ  |    |   |
|                                      | 提出<br>代行 | <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設<br><input type="checkbox"/> 指定介護療養型施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 |    |   |

印

※窓口に来られた方が被保険者本人の場合、続柄及び住所の記載は不要です。

### 【市介護保険郵便物送付先】

市介護保険に関する郵便物について送付先の変更をご希望の場合は窓口にてお手続きください（申請書は窓口のほか、市ホームページにあります）。

↓引き続き裏面を記載ください

次の①から⑨までの事項を記載ください。

①ご本人の家族構成をお答えください。  
独居 \_\_人家族 (本人) : 夫・妻・息子・娘・子の配偶者・その他 )

②現在、ご本人はどちらにおられますか。  
在宅 (自宅) 介護保険施設等 ( )  
市外の子供宅等、住所地外に在宅 ( )  
入院中 [ 病院：病室 \_\_\_\_\_ 号室 入院日： \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
 手術 ( 予定有 ・ 予定無 ・ 終了 ) 退院予定日： \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ]

③ご本人の心身状況等をお答えください。  
 ・食 事：介助が (いる・いない)  
 ・着替え：介助が (いる・いない)  
 ・排 尿：介助が (いる・いない)  
 ・排 便：介助が (いる・いない)  
 ・歩 行：自立・杖・歩行器・車いす  
 ・入 浴：介助が (いる・いない)  
 ・認知症：あり・なし

④ケアプランの依頼先及びケアマネジャーをお答えください。  
 事 業 所 名：  
 ケアマネジャー：

⑤利用中の介護サービスをお選びください。  
 訪問介護 ・ 訪問看護 ・ 訪問リハ ・ 訪問入浴  
 通所介護 ・ 通所リハ ・ 短期入所 ・ ケアハウス  
 グループホーム ・ 住宅改修 ・ 福祉用具貸与  
 福祉用具購入 ・ 施設入所 (特養・老健)  
 現在は利用していない

⑥介護が必要となった原因の傷病名・症状等をお答えください。  
**※調査の参考にしますので、できるだけくわしい状態をご記入ください。**  
 -----  
 -----  
 -----

⑦ご本人の心身状況等の確認に認定調査に伺います。その際、立ち会いできる方はありますか。  
 立 会 者 氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_ 夫・妻・息子・娘・子の配偶者  
 【 有 ・ 無 】 \_\_\_\_\_ その他 ( \_\_\_\_\_ )

⑧認定調査の日程調整のためのご連絡先 (自宅・携帯等) を記載ください。  
**※必ず日中に連絡が取れる電話番号をお願いします。**  
 ☎ \_\_\_\_\_ ☎ \_\_\_\_\_

⑨認定調査にご都合の良い曜日、時間帯があればお答えください。  
**※ご都合に沿えない場合もあります。**  
 月・火・水・木・金 (9:00~16:00) \_\_\_\_\_

【 市 確 認 欄 】

|         |  |   |                     |   |  |
|---------|--|---|---------------------|---|--|
| 届出人     | 委任確認   | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 同一住民票内 <input type="checkbox"/> 提出代行   |                     |   |  |
|         | 本人確認   | <input type="checkbox"/> 運転免許証 ( )<br><input type="checkbox"/> 健康保険証 ( )<br><input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険負担割合証<br><input type="checkbox"/> そ の 他 ( )<br>※写真有 1 点、写真無 2 点 | 被保険者<br>個人番号<br>確 認 | <input type="checkbox"/> 個人番号カード<br><input type="checkbox"/> 通知カード<br><input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 住民基本台帳<br><input type="checkbox"/> 住民票記載事項証明書<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |  |
| 受付時処理事項 | <input type="checkbox"/> 保険証回収 ( <input type="checkbox"/> 資格者証発行 )<br>滞納 ( <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ) <input type="checkbox"/> 2号医療保険者証写し                                   |   |                     | 処理者印  |  |
| 意見書処理   | 処理日 持帰り ( <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> ケアマネ )<br>( / ) その他 ( <input type="checkbox"/> 市民局持参 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> BOX ) |   |                     | 処理者印  |  |
| 調査依頼先   | 依頼日 <input type="checkbox"/> 本庁 <input type="checkbox"/> 一宮 <input type="checkbox"/> 波賀 <input type="checkbox"/> 千種<br>( / ) <input type="checkbox"/> その他 ( )  |   |                     | 処理者印  |  |
| 連絡事項    |  |   |                     |   |  |