

記入の際の注意事項

介護、要支援(更新)認定・要介護認定変更 申請書

R8.4.1～

尾道市長様

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

新規 更新 区分変更 要支援・要介護者新規申請

※本人の場合は記載不要です。

また、新規、更新、区分変更、要支援・要介護者新規申請のいずれかの申請の代行申請は委任状が必要です。

申請書類を提出する際に、申請内容をチェックしてください。

初めて申請する場合 ⇒ 新規
 認定を更新する場合 ⇒ 更新
 認定の変更を希望する場合 ⇒ 区分変更
 要支援→要介護、要介護→要支援の認定を希望する場合 ⇒ 要支援・要介護者新規申請

本人との関係 _____
 電話番号 - -
 該当にチェック
 地域包括支援センター 居宅介護支援事業所
 介護老人福祉施設 介護老人保健施設
 介護医療院

介護保険被保険者番号	フリガナ	個人番号	生年月日
介護保険被保険者証に記載されている10桁の番号を記入してください。		次の場合は個人番号(マイナンバー)を記入してください。 ・尾道市に転入する方で、転入元の市町村の要介護認定結果について尾道市への引き継ぎを希望され、かつ、受給資格証明書をお持ちでない場合 ・40歳から64歳までの方で、医療保険の加入の状態が確認できない(健康保険証の提示がない等)場合	
住所	医療保険	保険者名	被保険者証 記号
第2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)のみ記入してください。	特定疾病名		
14日以内に他自治体から転入した方のみ記入してください。	転出元自治体(市町村)名	(保険者が異なる場合のみ) 保険者名	転出元自治体に要支援・要介護認定申請中ですか。
		既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合、申請日 年 月 日 審査会日 年 月 日	

主治医	医療機関名称	診療科
	主治医名	最近の受診 年 月 日
	所在地	電話番号 - -

転出元自治体で住所地特例だった場合、保険者が転出元自治体ではないので、お持ちの介護保険被保険者証等により、保険者をご確認ください。

要介護認定・要支援認定申請を行うにあたり、次のことについて同意します。

- 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、尾道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者が取得した心身の状況等の情報を、尾道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供する(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
- 主治医意見書を記載した医師に、判定結果を通知すること
- 判定結果が非該当となった場合、生活機能低下の防止や状態の維持・改善の提案のため、地域包括支援センターに判定結果等を提供すること
- 更新申請において、申請から30日以内に認定がされない場合、現在の認定の有効期間内であれば、認定延期通知を省略すること

本人氏名 _____

代筆者氏名 _____

本人との関係 _____

訪問調査について(新規申請の場合)

本人氏名、代筆者氏名および本人との関係は、それぞれ自筆(署名)にて記入してください。(パソコン等による記名は無効です。)

※尾道市記載欄

受付	入力	初規調査依頼元
		市・因島・御調・法人・市外
	備考	

番号	有 無
身元確認	済 未
1	個カ・免・パ・障・ケ
2	保・年・介 ()
代理権	有 無

記入の際の注意事項

R8.4.1～

※市調査員の調査実施は平日の9時30分から14時

前回(もしくは現在)の認定及びその有効期間を記入してください。

氏名	生年月日	年	月	日
前回(現在)の認定 ※必ず記入してください。	要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 事業対象者			
	年 月 日 から 年 月 日 まで			
訪問調査先 (現在の居所)	※住民票の住所と同じ場合は、記入不要です。			
	住所 〒 -	申請時点の居住地(住んでいる所)を記入してください。 病院・施設等に入院・入所している方は、その施設名と所在地(部屋番号等)を記入してください。		
	施設・病院名等			
	<input type="checkbox"/> 入院(所)予定: 年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 未定			
調査員が駐車できる駐車場の有無	入院(所)中の方は、入院(所)期間を記入してください。未定の場合は「未定」をチェックしてください。			
同席者の有無	<input type="checkbox"/> 有	同席者氏名	本人との関係	
	<input type="checkbox"/> 無			
訪問調査日時 連絡先 (昼間連絡がとれるもの)	本人の電話番号		連絡先(電話番号)の記入誤りが散見されますので、誤りがないようにしてください。	
	本人以外の電話番号			
	<input type="checkbox"/> 同席者 <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先	
都合の悪い日・時間・曜日				
都合の良い日・時間・曜日	都合の悪い日・時間・曜日をできるだけ詳しく記入してください。			
本人の心身状況	<input type="checkbox"/> 人の声が例)○月○日終日、毎週水曜日の午後、毎日朝10時まで等 <input type="checkbox"/> 電話を取るまでに時間がかかる <input type="checkbox"/> 物忘れがある (<input type="checkbox"/> 認知症がある <input type="checkbox"/> 年相応である)			
調査時に特に気をつけてほしいこと ※必要がある場合は、必ず記入してください。				
<ul style="list-style-type: none"> ・別室での聞きとりを希望 <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない ・未告知の病名 ・特別な配慮 				
調査時に特に気をつけてほしいこと、配慮してほしいこと、あるいは調査員に伝えたいこと等があれば、できるだけ具体的に記入してください。 例)がん末期、本人の日頃の様子(介護の状況)、調査時の同席が困難なため電話での聞き取りを希望する等				
申請の理由 ※必ず記入してください。また、利用している、あるいは利用を希望する介護サービス内容も記入してください。				
申請の理由は、申請の種類を問わず必ず記入してください。				
記入者名:	所属事業所名:			
本人との関係:	担当ケアマネージャー名:			
※尾道市記載欄				
主治医:	記入者名及び担当ケアマネージャーを区分 <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 区分変更 <input type="checkbox"/> 要介護支援新規			
証回収 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未済	必ず記入してください。			
	被保険者特定疾病:			