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 / 認定区分変更 〕申請書

交付済
後　日
な　し

（宛先）江別市長

次のとおり申請します。

		申請年月日	年　月　日
申請者氏名		本人との関係	
申請者住所		電話番号①	
		電話番号②	
提出代行事業者名称			

＊太枠の中は必ずご記入ください。裏面もご記入ください。

被保険者	介護保険被保険者番号											個人番号											
	医療保険	保険者名									保険者番号												
		被保険者記号・番号	記号								番号							枝番					
	フリガナ										男・女	生年月日	年　月　日（　　）歳										
	氏　名																						
	住　所	江別市　電話番号　（　　）																					
	前回の要介護認定結果等（区分は○で囲む。）	※要介護・要支援更新認定、認定区分変更の場合のみ記入	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																				
		※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［　　］ 現在、転出元自治体に要介護認定等を申請中ですか。 （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																				
	区分変更申請の理由																						
	現在の入院又は入所先（グループホーム・高齢者住宅を含む。）	【入院医療機関・入所施設先の名称】 【所在地】〒 【電話】（　　）											期　間 年　月　日頃から （　年　月　日頃退院予定）										
	介護補償給付等（裏面参照）の受給の有無	有・無　⇨有の場合は直近の支給決定通知書を添付してください。																					

主治医	主治医の氏名		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

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・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書、江別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、江別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。

本人氏名

＊江別市記入欄

受付	入力	調査依頼	Ｄｒ依頼	調査確認	調査入力	特記取込	Ｄｒ取込	内容確認	資格者証	延期通知	認定
	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	

訪問調査場所	□被保険者宅　□入院・入所先 □その他（住所、氏名等　　）
訪問調査の事前連絡先 ※「その他」にチェックした場合は連絡先、氏名等を必ず記入	□被保険者宅　□入院・入所先 □その他　氏名　　本人との関係 電話番号①　（　　）　（自宅・携帯・他　　） ②　（　　）　（自宅・携帯・他　　） **※日中連絡の取れる電話番号（携帯電話等）を記入してください。** **※現在入院されている方については、病院側と相談されているか必ず確認してください。**
訪問調査希望日	□特に希望はない □希望あり（月・火・水・木・金）その理由等（　　）
調査時同席の有無	□同席あり（同席者　　）　□同席なし
認定結果送付先	□被保険者宅　□入院・入所先 □その他　氏　名　　本人との関係 住　所　〒 電話番号　（　　）

確認事項　以下の欄はわかる範囲でご記入し、該当するものに☑（チェック）してください。
（代行申請を行うケアマネジャー・施設職員等の方は、できる限りご記入ください。）

理解力・判断力	□問題なし　□低下している
訪問調査時の注意事項	記載例）本人にがんを告知していません。認知症状等本人の前で話せないことがあります。　等
家族構成	□独居　□夫婦のみ世帯　□その他（　　）
申請に至った理由	□病院から勧められた　□家族や知人から勧められた
日常生活上で心配なことがらや病名など ※区分変更申請時は、心身の状況変化や介護の手間の増減について具体的に記入	日常生活で心配なことがら（見守りや介助が必要なこと） □家の中で歩けない　□一人で立ち上がれない　□着がえに介助が必要 □食事に介助が必要　□排泄に介助が必要　□入浴に介助が必要 □買い物に介助が必要　□調理に介助が必要　□薬を飲み間違える □閉じこもりがち　□物忘れしやすい □その他　病名

調査員の方へ･･･上記の情報は調査の際の参考とし、調査時の状況を優先してください。

介護補償給付等の受給の有無	戦傷病者特別援護法による「療養の給付」及び「更正医療」	□該当なし	□該当あり
	原子爆弾被害者に対する援護に関する法律による「医療の給付」	□該当なし	□該当あり
	公害補償法による「療養の給付」	□該当なし	□該当あり
	労働者災害補償保険法による「療養補償給付」	□該当なし	□該当あり
	その他これに類する給付（交通事故による傷害等）	□該当なし	□該当あり