

介護保険要介護認定・要支援認定等申請書

小平市

新規申請にチェック

次のとおりに申請します。申請年月日 令和6年 4月 1日 介護保険被保険者証の添付 あり・なし

申請区分 <input checked="" type="checkbox"/> 新規申請 <input type="checkbox"/> 更新申請 <input type="checkbox"/> 区分変更申請 <input type="checkbox"/> 転入申請…転出元（区市町村名）【		】	
被保険者番号	1 3 0 0 0 1 2 3 4 5	個人番号	
医療保険	保険者名	被保険者番号	
	被保険者証 記号	番号	枝番
特定疾病名	40歳から64歳の医療保険加入者の方のみ		
フリガナ	コダイラ ハナコ	生年月日	大・昭 20年 4月 1日 年齢 79歳
氏名	小平 花子	性別	男 <input type="checkbox"/> 女 <input checked="" type="checkbox"/> 電話番号 042-341-1211
住所	〒187-0032 小平市小川町2-1333		
現在の要介護認定区分	要介護 1・2・3・4・5	要支援 1・2	有効期間 ~
申請理由 (希望サービス、入院歴、住環境、心身の状況等)	日常生活において動作の介助が必要となり、手すりの設置とヘルパーを利用したい。		
区分変更は下記に○をつける (悪化・改善)	(主な症状・疾患名 脳梗塞後遺症)		
調査場所 ※住所地と同じ場合は記入不要	病院名・入所施設名	病棟名・号室	
	住所	〒	
	電話番号	入院・入所期間	~
立会い希望	なし・あり・ <input checked="" type="checkbox"/> 連絡のみ希望 (調査前 調査後) (連絡先を備考欄へ)	氏名	小平 一郎 本人との関係 長男
平日・日中に連絡可能な電話番号	042-341-1211 連絡可能時間帯()	関係 本人	備考 080-1111-2222 (長男) ※担当CMの同席を希望される場合は理由を記入して下さい
医療機関名	東京クリニック	通院	前回受診日 3月 31日
診療科名	内科	主治医名	東京 太郎 往診 次回受診日 4月 30日
所在地	〒187-0041 小平市美園町1-8-5		電話番号 042-345-5111

申請理由の詳細、サービス希望、直近の入院・施設入所歴、特筆すべき住環境などを記入してください。

サービス利用状況 サービスを受けている場合は、記入してください。

住宅改修	福祉用具	訪問系	通所系	通所日: 曜日
------	------	-----	-----	---------

介護サービス計画、介護予防サービス計画又は介護予防・生活支援サービス計画を作成する必要があるときは、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・意見及び主治医意見書を、小平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若しくは介護保険施設の関係人又は主治医意見書を記載した医師に提示する(写しの提供を含む。)ことに同意します。

また、更新申請に限り、申請から30日以内に認定がされない場合、認定の有効期間内であれば、延期通知の省略に同意します。同意しない場合は、右の口に☑をしてください。 同意しない

※申請者が本人の場合は、下記提出代行者は記入不要です。

審査会資料等の開示及び延期通知の省略の同意について同意される場合は、チェックは不要です。

提出代行者	フリガナ	コダイラ イチロウ	被保険者との関係	電話番号
	氏名	小平 一郎	長男	080-1111-2222
	住所	〒187-0043 小平市学園東町1-19-12		
	名称 事業者が提出する場合	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・介護医療院)		
	提出代行者が担当ケアマネジャーと違う場合は右欄に記入	事業者名・氏名		
市役所処理欄	申請	意見書	調査	資格者証
			調査員	備考

更新申請記入例

介護保険要介護認定・要支援認定等申請書

小平市長 殿

更新申請にチェック

次のとおり申請します

申請年月日

令和6年 4月 1日

介護保険被保険者証の添付

あり・なし

申請区分		<input type="checkbox"/> 新規申請		<input checked="" type="checkbox"/> 更新申請		<input type="checkbox"/> 区分変更申請		<input type="checkbox"/> 転入申請…転出元（区市町村名）【		】					
介護 保険 被 保 険 者	被保険者番号	1 3 0 0 9 8 7 6 5 4						個人番号							
	医療 保 険	保険者名							保険者番号						
		被保険者証	記号					番号			枝番				
	特定疾病名	40歳から64歳の医療保険加入者の方のみ													
	フリガナ	コダイラ ハナコ						生年月日	大	昭	20年	4月	1日	年齢	79歳
	氏名	小平 花子						性別	男	女	電話番号	042-341-1211			
	住所	〒187-0032 小平市小川町2-1333													
	現在の要介護認定区分	要介護	1	2	3	4	5	要支援	1	2	有効期間	R3.6.30~R6.5.31			
	申請理由 (希望サービス、 入院歴、住環境、 心身の状況等)	現在のサービスを継続したい。													
	区分変更は下記 に○をつける (悪化・改善)	(主な症状・疾患名 脊柱管狭窄症)													
認 定 調 査	調査場所	病院名・入所施設名						病棟名・号室							
	※住所地と同じ 場合は記入不要	住所	〒												
	立会い希望	なし	あり	連絡のみ希望 (調査前・調査後)			氏名	小平 洋子		本人との関係	長女				
	平日・日中に 連絡可能な 電話番号	080-8888-9999		関係	長女		備考	※担当CMの同席を希望される場合は理由を記入して下さい							
主 治 医	医療機関名	日本病院						通院	前回受診日	3月 31日					
	診療科名	整形外科		主治医名	日本 一郎			往診	次回受診日	5月 下旬日					
	所在地	〒163-8001 新宿区西新宿2-8-1						電話番号	042-345-5111						

サービス利用状況 サービスを受けている場合は、記入してください。

住宅改修	福祉用具	訪問系	訪問介護 週2回	通所系	通所介護 週3回 通所日:月・水・金曜日
------	------	-----	----------	-----	-------------------------

介護サービス計画、介護予防サービス計画又は介護予防・生活支援サービス計画を作成するためには必要があるときは、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・意見及び主治医意見書を、小平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若しくは介護保険施設の関係人又は主治医意見書を記載した医師に提示する(写しの提供を含む。)ことに同意します。

また、更新申請に限り、申請から30日以内に認定がされない場合、認定の有効期間内であれば、延期通知の省略に同意します。同意しない場合は、右の口に☑をしてください。 □同意しない

※申請者が本人の場合は、下記提出代行者は記入不要です。

審査会資料等の開示及び延期通知の省略の同意について同意される場合は、チェックは不要です。

提 出 代 行 者	フリガナ	コダイラ ヨウコ			被保険者との関係	電話番号	
	氏名	小平 洋子			長女	080-8888-9999	
	住所	〒188-0012 西東京市南町5-6-13					
	名称 事業者が 提出する場合	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・介護医療院)					
提出代行者が担当ケアマネジャーと 違う場合は右欄に記入	事業者名・氏名						
市役所処理欄	申請	意見書	調査	資格者証	調査員	備考	

介護保険要介護認定・要支援認定等申請書

小平市長 殿

区分変更申請にチェック

区分変更申請記入例

次のとおり申請します。 申請年 日 令和6年 4月 1日 介護保険被保険者証の添付 あり・なし

申請区分		<input type="checkbox"/> 新規申請		<input type="checkbox"/> 更新申請		<input checked="" type="checkbox"/> 区分変更申請		<input type="checkbox"/> 転入申請…転出元（区市町村名）【		】		
介護 保 険 被 保 険 者	被保険者番号	1 3 0 0 9 8 7 6 5 4						個人番号				
	医療 保 険	保険者名							保険者番号			
		被保険者証	記号				番号			枝番		
	特定疾病名	40歳から64歳の医療保険加入者の方のみ										
	フリガナ	コダイラ ハナコ						生年月日	大 昭	20年 4月 1日	年齢	79歳
	氏 名	小平 花子						性 別	男・女	電話番号	042-341-1211	
	住 所	〒187-0032 小平市小川町2-1333										
	現在の要介護認定区分	要介護	1・2・3		4・5		要支援	1・2		有効期間	R4.6.30～R7.5.31	
	申請理由 (希望サービス、 入院歴、住環境、 心身の状況等)	病状が悪化し、認知症状が進行しているため。										
	区分変更は下記 に○をつける (悪化・改善)	悪化が改善のいずれかに○ (主な症状・疾患名 糖尿病、高血圧、狭心症)										
認 定 調 査	調査場所	病院名・入所施設名	特別養護老人ホーム 小平東部苑					病棟名・号室	201号室			
	※住所地と同じ 場合は記入不要	住 所	〒187-0002 小平市花小金井1-8-1									
		電話番号	042-467-1211		入院・入所期間	R5.4 ~						
	立会い希望	なし		あり・連絡のみ希望 (調査前・調査後)		氏名			本人との関係			
	平日・日中に 連絡可能な 電話番号	連絡可能時間帯()		関係			備考	※担当CMの同席を希望される場合は理由を記入して下さい				
主 治 医	医療機関名	日本病院					通院	前回受診日	3月 31日			
	診療科名	内科		主治医名	東京 次郎		往診	次回受診日	4月 30日			
	所在地	〒163-8001 新宿区西新宿2-8-1					電話番号	042-345-5111				

区分変更申請の理由、その他特筆すべきことを記入してください。

サービス利用状況 サービスを受けている場合は、記入してください。

住宅改修	福祉用具	訪問系	通所系	通所日: 曜日
------	------	-----	-----	---------

介護サービス計画、介護予防サービス計画又は介護予防・生活支援サービス計画を作成する必要があるときは、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・意見及び主治医意見書を、小平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若しくは介護保険施設の関係人又は主治医意見書を記載した医師に提示する(写しの提供を含む。)ことに同意します。

また、更新申請に限り、申請から30日以内に認定がされない場合、認定の有効期間内であれば、延期通知の省略に同意します。同意しない場合は、右の口に☑をしてください。 □同意しない

審査会資料等の開示及び延期通知の省略の同意について同意される場合は、チェックは不要です。

※申請者が本人の場合は、下記提出代行者は記入不要です。

提 出 代 行 者	フリガナ	コダイラ ヨウコ			被保険者との関係	電話番号	
	氏 名	小平 洋子			長女	080-8888-9999	
	住 所	〒188-0012 西東京市南町5-6-13					
	名称 事業者が提出する場合	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・介護医療院)					
	提出代行者が担当ケアマネジャーと違う場合は右欄に記入	事業者名・氏名					
市役所処理欄	申請	意見書	調査	資格者証	調査員	備考	