

# 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

令和 年

徳之島地区介護保険組合 管理者 殿

申請者：

( 天城町 経由 ) 次のとおり申請します

本人との関係：

|                  |                                   |                |  |  |  |  |  |  |  |  |    |    |  |  |   |      |       |       |    |   |     |   |   |   |   |   |
|------------------|-----------------------------------|----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|----|----|--|--|---|------|-------|-------|----|---|-----|---|---|---|---|---|
| 被<br>保<br>険<br>者 | 被保険者番号                            |                |  |  |  |  |  |  |  |  |    |    |  |  |   |      |       | 申請年月日 | 令和 | 年 | 月   | 日 |   |   |   |   |
|                  | 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 |       |       |    |   |     |   |   |   |   |   |
|                  | 前回の要介護認定に結果等<br>※介護・要支援更新認定場合のみ記入 | 要介護状態区分        |  |  |  |  |  |  |  |  |    |    |  |  |   | 1    | 2     | 3     | 4  | 5 | 要支援 |   |   |   | 1 | 2 |
|                  |                                   | 有効期間           |  |  |  |  |  |  |  |  |    |    |  |  |   | 令和   | 年     | 月     | 日  | ～ | 令和  | 年 | 月 | 日 |   |   |
|                  | 過去5ヶ月の介護保険施設<br>医療機関等入院入所の有無      | 介護保険施設の名称等・所在地 |  |  |  |  |  |  |  |  |    | 期間 |  |  |   | 年    | 月     | 日     | ～  | 年 | 月   | 日 |   |   |   |   |
|                  | 介護保険施設の名称等・所在地                    |                |  |  |  |  |  |  |  |  | 期間 |    |  |  | 年 | 月    | 日     | ～     | 年  | 月 | 日   |   |   |   |   |   |
|                  | 医療機関等の名称等・所在地                     |                |  |  |  |  |  |  |  |  | 期間 |    |  |  | 年 | 月    | 日     | ～     | 年  | 月 | 日   |   |   |   |   |   |
|                  | 医療機関等の名称等・所在地                     |                |  |  |  |  |  |  |  |  | 期間 |    |  |  | 年 | 月    | 日     | ～     | 年  | 月 | 日   |   |   |   |   |   |

|                   |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |
|-------------------|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------|--|--|--|--|--|--|
| 提出<br>代<br>行<br>者 | 名称 | 該当に○ (居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |
|                   | 住所 | 〒  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 電話番号 |  |  |  |  |  |  |

|             |        |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |
|-------------|--------|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------|--|--|--|----------|--|--|--|--|--|--|
| 主<br>治<br>医 | 主治医の氏名 |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 医療機関名 |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |
|             | 所在地    | 〒        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | 電話番号     |  |  |  |  |  |  |
| 主治医に判定結果を   |        | 1 教えてもよい |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | 2 教えたくない |  |  |  |  |  |  |

【更新申請の場合】申請から30日以内に認定がされない場合、現在の認定有効期間内であれば認定延期通知の省略に同意します。(同意の場合□欄に✓)

2号保険者 (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  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

介護サービス計画を作成する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居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人に提示することに同意します。

本人又は申請代理人氏名(自署)：

\_\_\_\_\_

# 介護保険申請書の添付資料

※ 「調査ができる状況」になってから申請してください。

|  |   |                           |    |      |        |
|--|---|---------------------------|----|------|--------|
| 記入<br>年月日                              | 令和 年 月 日  | 記入者<br>氏名                 |    |      |        |
|  | 本人氏名  |                           |    | 電話番号 |        |
|  |   | 固定電話                      |    |      |        |
| 受診予定                                   | 【 年 月 日 】 又は 【申請日から 14日以内 ・ 15日以上 】               |                           |    |      |        |
| 現在の<br>状況                              | 1 在宅状況 一人暮らし ・ 高齢者夫婦世帯 ・ その他同居者あり( )              |                           |    |      |        |
|  | 2 調査先 自宅 ・ 他( )                                   |                           |    |      |        |
| 現在の<br>状況                              | 3 入居中 施設名( )                                      |                           |    |      |        |
|  | 4 入院中 医療機関名( )                                    |                           |    |      |        |
|  | 5 入院期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日                        |                           |    |      |        |
|  | 6 状態は 安定 ・ 不安定                                    |                           |    |      |        |
|  | 7 通所サービス利用日( 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日 )○で囲んで下さい。 |                           |    |      |        |
|  | ※退院又は介護療養型病棟へ転院・転床予定のない方、病状不安定の方の申請はお控えください。      |                           |    |      |        |
|  | 調査に<br>当たっ<br>ての<br>留意<br>点                       | 1 家族等、調査の際に立会いをされる方はいますか。 |    |      |        |
| ① なし ・本人との電話連絡 ( 可能 ・ やや問題あり ・ できない )  |   |                           |    |      |        |
| ・本人との意思疎通 ( 可能 ・ やや問題あり ・ できない )       |   |                           |    |      |        |
| ② あり                                   |   |                           |    |      |        |
|  |   | 氏名                        | 続柄 | 電話番号 | 立会の留意点 |
| 1                                      |   |                           |    |      |        |
| 2                                      |   |                           |    |      |        |
| 3                                      |   |                           |    |      |        |
| 2 調査上の留意点 該当するものに○をつけて空欄に具体的に記入してください。 |   |                           |    |      |        |
| ① 骨折や転倒をしやすい                           |   |                           |    |      |        |
| ② 日内変動がある                              |   |                           |    |      |        |
| ③ 特殊な薬物を使用している                         |   |                           |    |      |        |
| ④ 島口でないと通じない                           |   |                           |    |      |        |
| ⑤ 認知症状がある                              |   |                           |    |      |        |
| ⑥ その他                                  |   |                           |    |      |        |
| 3 担当の居宅介護支援事業所                         |   |                           |    |      |        |
| 事業者名                                   |   | ケアマネージャ<br>氏名             |    |      |        |

# 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

令和 年

徳之島地区介護保険組合 管理者 殿

( 天城町 経由 ) 次のとおり申請します

申請者:

記載例

本人との関係:

|   |                                   |                           |  |  |  |  |  |  |   |       |       |      |   |   |  |
|---|-----------------------------------|---------------------------|--|--|--|--|--|--|---|-------|-------|------|---|---|--|
| 被<br>保<br>者                                 | 被保険者番号                            |                           |  |  |  |  |  |  |   | 申請年月日 | 令和    | 年    | 月 | 日 |  |
|   | 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 |   |   |  |
|   | 前回の要介護認定に結果等<br>※介護・要支援更新認定場合のみ記入 | 要介護状態区分 1 2 3 4 5 要支援 1 2 |  |  |  |  |  |  |   |       |       |      |   |   |  |
|   |                                   | 有効期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日  |  |  |  |  |  |  |   |       |       |      |   |   |  |
| 過去5ヶ月の<br>介護保険施設<br>医療機関等入<br>院入所の有無<br>有・無 | 介護保険施設の名称等・所在地                    |                           |  |  |  |  |  |  | 期間 年 月 日 ~ 年 月                            |       |       |      |   |   |  |
|   | 介護保険施設の名称等・所在地                    |                           |  |  |  |  |  |  | 過去6ヶ月以内に入院または施設に入所された方は病院名・施設名と期間をご記入下さい。 |       |       |      |   |   |  |
|   | 医療機関等の名称等・所在地                     |                           |  |  |  |  |  |  | 期間 年 月 日 ~ 年 月                            |       |       |      |   |   |  |
|   | 医療機関等の名称等・所在地                     |                           |  |  |  |  |  |  | 期間 年 月 日 ~ 年 月                            |       |       |      |   |   |  |

|                   |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |
|-------------------|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------|--|
| 提出<br>代<br>行<br>者 | 名称 | 該当に○ (居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |
|                   | 住所 | 〒  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 電話番号 |  |

|             |        |                   |  |  |  |  |  |       |  |  |  |      |  |  |
|-------------|--------|-------------------|--|--|--|--|--|-------|--|--|--|------|--|--|
| 主<br>治<br>医 | 主治医の氏名 |                   |  |  |  |  |  | 医療機関名 |  |  |  |      |  |  |
|             | 所在地    | 〒                 |  |  |  |  |  |       |  |  |  | 電話番号 |  |  |
| 主治医に判定結果を   |        | 1 教えてもよい 2 教えたくない |  |  |  |  |  |       |  |  |  |      |  |  |

【更新申請の場合】申請から30日以内に認定がされない場合、現在の認定有効期間内であれば認定延期通知の省略に同意します。(同意の場合□欄に✓)

2号保険者 (40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

|        |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |
|--------|--|--|--|--|--|--|---------------|--|--|--|--|--|--|
| 医療保険者名 |  |  |  |  |  |  | 医療保険被保険者証記号番号 |  |  |  |  |  |  |
| 特定疾病名  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |

第2号被保険者は特定疾病名を必ずご記入下さい。  
該当しない場合は申請ができません。

介護サービス計画を作成する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居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人に提示することに同意します。

本人又は申請代理人氏名(自署):

# 介護保険申請書の添付資料

記載例

※「調査ができる状況」になってから申請してください

|                          |                                     |              |
|--------------------------|-------------------------------------|--------------|
| 令和 年 月 日                 | 令和 年 月 日                            | 記入者氏名        |
| 本人氏名 (天城町 経由) 次のとおり申請します |                                     | 電話番号<br>固定電話 |
| 受診予定                     | 【 年 月 日 】 又は 【申請日から 14日以内 ・ 15日以上 】 |              |

新設

調査先の重要な情報となります、必ずご記入下さい。

一時的に他にいるケースは000宅、000アパート00号室等の詳細情報 ダイヤルマップにて検索することが多いので上記欄に固定電話番号も追加でご記入下さい。

現在の状況

|             |   |
|-------------|---|
| 1 在宅状況      | 一人暮らし ・ 高齢者                             |
| 2 調査先       | 自宅 ・ 他( )                               |
| 3 入居中       | 施設名( )                                  |
| 4 入院中       | 医療機関名( )                                |
| 5 入院期間      | 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日                     |
| 6 状態は       | 安定 ・ 不安定                                |
| 7 通所サービス利用日 | ( 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日 ) ○で囲んで下さい。 |

※退院又は介護療養型病棟へ転院・転床予定のない方、病状不安定の方の申請はお控えください

介護保険法の規定により、介護認定は申請日から30日以内と定められております。このため、申請日と受診予定日が大きく離れない様ご配慮ください。ご入院中の場合は記載の必要はございません。

調査に当たっての留意点

|                |   |    |      |        |
|----------------|---|----|------|--------|
| 1 家族等          | 必ず立会・連絡できる方をご記入下さい。<br>家族構成等を記入する欄ではありません。<br>調査員より立会者の方へ立会日程調整等の電話連絡がありますので必ず受信、返信をお願いします。<br>① 電話連絡がある件を伝えておいて下さい。病院や調査員が連絡が取れずに困ることがないように声かけしてください！認知症がある方は特にご留意下さい！<br>② あり |    |      |        |
|                | 氏名  | 続柄 | 電話番号 | 立会の留意点 |
| 1              |   |    |      |        |
| 2              |   |    |      |        |
| 3              |   |    |      |        |
| 2 調査上の留意点      | 該当するものに○をつけて空欄に具体的に記入してください。  |    |      |        |
| ①              | 骨折や転倒しやすい   |    |      |        |
| ②              | 日内変動がある   |    |      |        |
| ③              | 特殊な薬物を使用している  |    |      |        |
| ④              | 島口でないを通じない  |    |      |        |
| ⑤              | 認知症状がある   |    |      |        |
| ⑥              | その他   |    |      |        |
| 3 担当の居宅介護支援事業所 |   |    |      |        |
| 事業者名           | ケアマネージャ   |    | 氏名   |        |

新設

立会者のご都合をご記入下さい。00曜日は都合が悪い、00曜日は立ち会える等 ※土日、祭日は調査出来ません。

8時30分～16時までの間で連絡できる電話番号をご記入下さい。

- ・ディサービスの利用日
- ・ヘルパーの利用時間
- ・現在の状態を簡単に記入(病状等も)
- ・早期の判定が必要な場合その旨を記入
- ・障がいのある場合は記入(例 難聴 目が悪い)

今現在の状況をご記入下さい。一時的に00さん宅にいる状態の詳細について早急な判定が必要など短期入所、ショートステイ等の予定日をご記入下さい。