

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

北アルプス広域連合長 様  
次のとおり申請します。

申請日は窓口受理日です

申請区分	新規・更新・期限切新規・ <b>※支援変更</b>	申請年月日	令和▲年 ■月 ■日
介護保険被保険者番号	0 0 △ △ △ △ △ △ △ △	個人番号	
医療保険者名	〇〇国保	マイナンバーをご記入ください	〇〇〇〇
保険者証記号	〇〇	番号	●●●●●●
支店番号	●●	枝番	●●
フリガナ	シンサ ハナコ	生年月日	明・大・昭 ○年 △月 □日
氏名	<b>審査 花子</b>	性別	男 ・ 女
住所 (施設入所者の場合は入所前の住所を記入)	〒398-0000 <b>大町市大町1058番地33</b>	電話番号	0261 ( 22 ) 6764
前回の要介護認定の結果等	要介護状態区分	1 2 3 4 5	要支援状態区分 1 <b>2</b>
	有効期間	令和●年 ●月 ●日 から 令和▲年 ▲月 ▲日	
(14日以内に他自治体より転入した方のみ記入) 現在転出元自治体に要介護・要支援認定申請中 はい・いいえ			
※支援変更の理由	<b>転倒し腰椎圧迫骨折により歩行が困難となった。入院中に認知症状が悪化し、歩行や、生活動作に介助が必要となった。</b>		
過去6月間の介護保険施設・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
	医療機関等の名称等・所在地	期間	●年 ●月 ●日 ~ 年 月 日
	〇〇〇〇病院		

医療保険情報をご記入ください

マイナンバーをご記入ください

提出代行者名称	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)
住所	〒

新規申請、要支援の方の代行申請は、「地域包括支援センター」名となります  
ご家族が申請書を記入する場合は、この欄の記入は不要です

主治医	主治医の氏名	●● ●● 医師	医療機関名	〇〇〇〇病院
	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇〇〇市〇〇番地		

主治医はできるだけフルネームで記入してください

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、北アルプス広域連合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、北アルプス広域連合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	<b>審査 花子</b>	本人名で署名をお願いします 本人署名が困難な場合は、代筆で家族(同意者)氏名を併せて署名してください
(同意者氏名)	<b>審査 一郎</b>	

# 訪問調査連絡票

申請書(表面)とは別に、訪問調査を行うために事前に必要事項をお尋ねするものです。

調査希望場所 (希望する場所に☑をし てください。) ※実施場所は、原則とし て日頃の状況を把握 できる場所において、 調整の上行います。	<input type="checkbox"/> 自宅	
	<input type="checkbox"/> 施設等(有料老人ホーム等を含む) 施設名:	
	<input checked="" type="checkbox"/> 病院 病院名 <u>〇〇〇〇病院</u> 病棟 MSW 等: <u>5階 〇〇MSW</u> 退院予定 <u>未定・有</u> ( <u>〇</u> 月 <u>△</u> 日頃 ) ※症状固定もしくは、退院調整が行われる状態で実施します。	
	<input type="checkbox"/> 住所地以外の住居 住所:	
調査立合い者	<input checked="" type="checkbox"/> 家族( <u>審査 幸子(長男の妻)</u> )	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 包括職員( ) <input type="checkbox"/> 施設職員( ) <input type="checkbox"/> ケアマネ( ) <input type="checkbox"/> その他( )
	<input type="checkbox"/> 無	
日程調整の連絡先 (日程調整の連絡をさ せていただく方を記 入してください。) ※ご家族の立ち合いがない場合も含め、日程 調整の連絡先を決めて記入してください (本人であれば「本人」)	氏名 <u>審査 一郎</u> 被保険者とのご関係( <u>長男</u> ) 住所 <u>〇〇市〇〇〇〇番地</u> 電話 <u>〇〇-〇〇〇〇</u> 携帯番号 <u>〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇</u> 平日の 8:30~16:30 の間で 連絡のとれる時間帯をご記入ください ( <u>14時以降</u> )	
	デイサービス等の利用日に○をしてください ( 月 ・ 火 ・ <u>水</u> ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日 ) ショートステイの予定がありましたら記入してください。 ( <u>●</u> 月 <u>●</u> 日 ~ <u>●</u> 月 <u>▲</u> 日 <u>特養〇〇</u> ) 調査を希望する曜日等があれば記入してください ( )	
備 考	調査にあたって、事前に情報等があればご記入く ださい。(例)「独居困難で入居施設等を検討中」など	

・認定調査は土日祝日等を除く9:00~16:00の間のおおむね1時間程度で行います。

・更新申請の場合、日程調整までにお時間をいただく場合があります。