別記様式第5号（第5条関係）

介護保険要介護認定・要支援認定申請書（ 新規 ・ 更新 ・ 変更 ・ 転入等 ）

鷹栖町長　様

次のとおり申請します。

申請年月日	年　月　日

認定を受ける人（被保険者）

被保険者番号	2 0 0 0 0 0		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
64歳以下の方は記入 ※医療保険証の写しを添付	特定疾病名				
フリガナ			生年月日	明・大 昭・平	年　月　日
氏　名			男 ・ 女	電話番号	
住　所	〒				
前回の認定結果	要介護　1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5　　要支援　1 ・ 2　　非該当　　申請歴なし				
	有効期間　平成・令和　年　月　日 ～ 平成・令和　年　月　日				
変更申請の理由 ※変更申請の方のみ記入	□ 状態の悪化 □ 状態の改善	※具体的状況（いつからどのように身体状況・認知症状が変化したか、それによる介護の手間など			

主治医

医療機関名		診療科		主治医氏名
		最終診療日	令和　年　月　日頃	
所在地	〒 電話番号			

※今回の申請について、主治医は意見書の作成を了承していますか。

□ 了承している　　□了承していない　→　**必ず主治医に意見書作成の了承を得てください。**

訪問調査について

日程調整の連絡先	フリガナ		同席者	同席者氏名
	氏名		有・無	本人との関係（　　）
日中の連絡先	①（　　）　－　－　自宅・携帯 勤務先		②（　　）　－　－　自宅・携帯 勤務先	
調査場所	名称		□自宅 □入所先 □病院 □その他（　　）	
	所在地			
（入院等の場合）期間	年　月　日 ～ 年　月　日	部屋番号	階　号室	
サービス利用状況	□ サービスを利用中　□ サービスを利用していない　□ 暫定プランにて利用中			
駐車場	□ あり（注意点等：　　）　□ なし			

都合の悪い曜日・時間帯 ※該当する時間帯に×を記入	月曜	火曜	水曜	木曜	金曜
午前					
午後					

調査時の留意事項	例）筆談対応が可能。病名未告知。本人に排泄や物忘れについて聞くと感情的になる。本人のいない場所での聞き取り希望。等

同意事項

以下のことに同意します。

1. 介護（介護予防）サービス計画を作成するため又は主治医より、実施した要介護認定・要支援認定にかかる調査票・主治医意見書及び判定結果（要介護度）等について照会がある時は、当該事項について地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、居宅サービス事業所若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示すること。
2. 更新申請において、認定有効期間内に要介護認定・要支援認定が行われる場合は、申請から30日を超える処理見込期間とその理由の通知（延期通知）を省略すること。

本人署名＿＿＿＿＿＿＿＿　代筆者署名＿＿＿＿＿＿＿＿

【裏面に続きます】

○本人の場合は氏名のみ記入してください。
○本人以外の方が提出される場合は、下記項目全てに記入してください。

窓口に来た方	フリガナ		本人からみて	□ 同居家族　□ 別居家族 具体的な続柄（　　） □ その他（　　）
	氏　名			
	電　話		提出代行者	□地域包括支援センター　□介護保険施設等 □指定居宅介護支援事業者　□医療機関
	事業所名			
	住　所	〒		

○訪問調査の参考にさせていただきますので、下記の質問にお答えください。

本人について	申請理由	きっかけ	申請を勧められて　（　　）			
			けが、病気　（　　）　いつ頃から:			
			加齢、その他　（　　）			
		困りごと	例）買い物、掃除、通院、ベッド、車いす、手すり、リハビリ、デイサービス　等			
	同居の有無（在宅の場合）	□ 独居　□ 同居家族あり（ 夫・妻・子・子の配偶者・孫・父・母・その他（　　））				
	本人の状態	受け答え	□ できる	□ 簡単なことに限る	□ 難しい	□ その他（　　）
		聴力	□ 普通	□ 普通の声がやっと聞こえる	□ 大きな声なら聞こえる	□ ほとんど聞こえない
		歩行	□ できる	□ 杖や歩行器などを使用	□ 車いすを使用	□ 車いすでも困難
		排泄	□ できる	□ 時々失敗がある	□ 声かけや見守りが必要	□ 介助が必要
		物忘れ	□ なし	□ 置き忘れなどが目立つ	□ 最近のことがわからない	□ すぐに忘れる

○他自治体（市区町村）から14日以内に転入した方のみ記入してください。

転出元自治体名（　　）

転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。　□ はい　□ いいえ

「はい」の場合は申請日　：　令和　　年　　月　　日