

要介護認定・要支援認定申請及び訪問調査に係る協力依頼について

1 要介護認定・要支援認定申請の注意事項について

(1) 申請書の提出時期について

迅速な認定審査が実施できるよう以下のことについて、ご協力をお願いします。

- ① 更新申請は、「1日から9日」、「10日から月末」の2つの時期に分け、緊急性等を考慮したうえで、おおむね半数ずつになるように提出してください。
- ② 介護保険施設入所者については、提出時期の指定はありませんが、急ぐ人以外は、10日以降の提出をお願いします。
- ③ 入院・手術・転院の予定がわかっている場合は、申請の時期について十分検討してください。状態が落ち着いてから、訪問調査や主治医意見書の作成が行われるため、申請から審査までに時間がかかります。また、認定調査と主治医意見書作成の時期がずれることにより、状態が違った場合、状態確認等のため、認定結果が出るまでに時間がかかります。そのため、認定申請は、状態を十分に考慮され落ち着いた時点で行ってください。
- ④ 申請は、介護保険サービスを利用されるかどうかを十分確認した上で行ってください。

(2) 申請書の記入について

次の記入欄について特に留意してください。

① 主治医・・・・・・・・申請書⑨

病院名・医師名・通院状況等は、申請の都度、本人・ご家族等に必ず確認してください。申請時に記入された医療機関について変更がある場合は、速やかに介護保険課まで連絡をお願いします。

② 2号被保険者・・・・・・・・申請書⑩

該当する特定疾病名を16のうちから記入してください。
医療保険証の写しを必ず添付してください。

③ 入所中・入院中の方・・・申請書⑪⑫

申請時点での状態をよく確認して記入してください。

※ 記入に関する注意事項について、別紙を再度確認してください。

2 要介護認定調査（訪問調査）の実施に係る連絡票（以下連絡票）について
住所・電話番号など内容は、すべて正確に記載してください。

また、次の項目は特に気をつけてください。

- ① 現在住んでいる場所及び調査実施場所・・・・・・・・・・連絡票③④
被保険者が現在住んでいる場所が住民票の住所地以外の場合、詳しく記入してください。特に、
入院中の場合：階・病棟まで
入所中の場合：施設名だけでなく、所在地まで記入してください。
- ② 同席者の有無・・・・・・・・・・連絡票⑤
日頃の状況がよくわかる方の同席をお願いします。
続柄は、必ず記入してください。
- ③ 日程調整の相手・・・・・・・・・・連絡票⑥
日中連絡が取れるところを記入してください。
電話番号の記載間違いがないようにお願いします。
- ④ 本人の状況・その他・・・・・・・・・・連絡票⑧
感染症・難聴・別室での聞き取り希望は、確認して必ず記入してください。
暴言・暴力など、本人または同席者について、調査員に特に伝えておきたい内容は、漏れのないように詳しく記入してください。

※連絡票は福山市介護保険課のホームページからダウンロードできます。

【ダウンロード手順】

福山市ホームページ（<http://www.city.fukuyama.hiroshima.jp/>）

→ 申請書ダウンロード

→ （申請書・届出書一覧）（保険・福祉・年金） 介護保険課

→ （要介護認定・要支援認定申請書）

要介護認定（新規・更新・変更・介護新規・転入）申請（詳細）

→ （要介護認定・要支援認定申請書）「必要な添付書類」

「要介護認定調査（訪問調査）の実施に係る連絡票」 PDF か Excel

①変更申請・・・(A)要支援→要支援 (B)要介護→要介護
 介護新規申請・・・(C)要支援→要介護
 結果が(C)となる場合を**変更**で申請された場合は申請却下となり、前回の認定
 結果のままとなります。要介護を希望のときは要介護新規で申請してくださ

申請書提出時に再度確認をしてください。
 申請書の提出日の前日が閉庁日の場合、
 閉庁日初日まで遡ることができます。

介護保険 要介護認定・支援認定 申請書

②事業所の代行申請の時、提出に来られた方のお名前をお願いします。

① [新規・更新・**変更**・要介護新規・転入]

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

| | | | |
|---------------|----------------------------|--|-----------------|
| 申請者名前 ② | | 本人との関係 ③ | |
| 提出代行者 名称 ④ | | 印 | |
| 申請者住所 ④-2 | | 電話番号 () | |
| 被 保 者 | 被保険者番号 ⑤ | ④提出代行者は、②・③・④・④-2を記入 (a) 地域包括支援センター (b) 指定居宅介護支援事業者 (c) 指定介護老人福祉施設 (d) 介護老人保健施設 (e) 指定介護療養型医療施設 (f) 地域密着型介護老人福祉施設 (a)～(f)以外の申請者は②・③・④-2の記入をお願いします。 | |
| | フリガナ | | |
| | 被保険者名前 | | |
| 住 所 ⑥ | | | |
| 險 者 | 現在(前回)の 要介護認定の 結果等 ⑦ | 要介護状態区分 1 2 3 4 5 | 経過的要介護 (要支援) |
| | 変更申請の理 (変更時のみ記入) ⑧ | 有効期間 | 年月日から 年月日まで |
| 主 治 医 | 主治医の名前 ⑨ | ⑦記入漏れ・記入誤りのないよう、 よく確認して下さい。 | |
| | 所在地 | 電話番号 () | |

■2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入してください。
 ※申請時に医療保険被保険者証(写しでも可)の提示が必要です。

| | |
|---------|---------------|
| 医療保険者名 | 医療保険被保険者証記号番号 |
| 特定疾病名 ⑩ | |

■現在、介護保険施設又は医療機関に入所・入院している場合は、次の①又は②に記入してください。

① 現在、介護保険施設に入所している場合(短期入所を除く。)は記入してください。
 ・該当するものを○で囲んでください。[指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設]

| | | | |
|-------------|-------|----------|-------|
| 入 所 中 | 施設名 ⑪ | 入所年月日 | 年 月 日 |
| | 所在地 | 電話番号 () | |

② 現在、医療機関に入院している場合(介護保険施設を除く。)は記入してください。

| | | | |
|-------------|---------|----------|-------|
| 入 院 中 | 医療機関名 ⑫ | 入院年月日 | 年 月 日 |
| | 所在地 | 電話番号 () | |

裏面、同意欄も記入してください

※ 次画面に続く



■同意欄

介護(予防)サービス計画を作成する等により必要があるときは、認定結果を地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、介護保険施設の関係人及び主治医意見書を記載した医師に提示することに同意します。あわせて、更新申請において認定有効期間内に要介護・要支援認定が行われる場合は申請から30日を超える処分までの処理見込期間

⑬ 本人署名欄 _____

(代筆の場合) ⑭ 代筆者名前 _____ 印 _____

住 所 _____

本人との関係 _____

※ 申請には介護保険被保険者証の添付が必要です。
(被保険者証が交付されている方)

(別紙)

要介護認定・要支援認定申請書記入上の注意事項

申請区分※2006年(平成18年)4月1日以降の申請区分の選択方法です。

① カッコ内 [新規・更新・変更・要介護新規・転入] のいずれか該当する申請区分を○で囲んでください。

- ◇新規 … 現在、要介護認定・要支援認定を受けていない方
- ◇更新 … 現在、要介護認定・要支援認定を受けている方で、有効期間満了のため更新を希望される方(有効期間が切れる60日前から申請できます)
- ◇変更 … 現在、**要介護認定を受けている**方で、被保険者の心身の状況が変化したため、**要介護状態区分の変更が必要であると思われる方**
※要介護状態区分内での変更
現在、**要支援認定(要支援1, 2)を受けている**方で、被保険者の心身の状況が変化したため**要支援状態区分の変更が必要であると思われる方**
※要支援状態区分内での変更
- ◇要介護新規 … 現在、**要支援認定(要支援1, 2)を受けている**方で、被保険者の心身の状況が変化したため、**要介護認定への変更が必要であると思われる方**
- ◇転入 … 福山市に転入された方で、既に他市区町村で要介護認定・要支援認定を受けている方、又は申請中の方(申請には受給資格証明書又は同交付申請書の添付が必要です)

申請者関係項目

- ② 申請者名前欄
 - ・ 被保険者本人、家族等(同一世帯の者、配偶者、父母、子、祖父母、孫)、代理人(被保険者本人から委任を受けた者)の名前を記入してください。
- ③ 本人との関係欄
 - ・ 被保険者本人、家族等による申請の場合は、記入してください。
記入例：本人、夫、妻、父、母、子、祖父、祖母、孫、代理人
- ④ 提出代行者名称欄
 - ・ **提出代行者による申請代行の場合のみ、記入してください。**
該当する項目に○、当該事業者名・施設名を記入し、事業所・施設印を押印してください。

被保険者関係項目

- ⑤ 被保険者番号欄
 - ・ 介護保険被保険者証の被保険者番号(10桁)を記入してください。
- ⑥ 住所欄
 - ・ 住民票又は外国人登録上の住所を記入してください。
- ⑦ 現在(前回)の要介護認定の結果等欄
 - ・ 現在、認定を受けている場合のみ記入してください。
- ⑧ 変更申請の理由欄
 - ・ 変更及び要介護新規申請の場合のみ記入してください。

主治医関係項目

- ⑨ 主治医の名前・医療機関名・所在地欄
- ・ 複数の医療機関にかかっている場合は、寝たきり等の介護が必要な状態の直接の原因となっている疾病を治療している等、被保険者本人の状態を最も良く知っている医師名・医療機関名・所在地を記入してください。

2号被保険者関係項目

- ⑩ 特定疾病名欄
- ・ 主治医によく確認し、該当する特定疾病名を記入してください

介護保険施設入所中関係項目

- ⑪ 介護保険施設入所中欄
- ・ 現在、介護保険施設に入所している場合（短期入所を除く）は、カッコ内 [] のいずれか該当する介護保険施設を○で囲んだ上で、入所先の施設名、入所年月日及び所在地を記入してください。

医療機関入院中関係項目

- ⑫ 医療機関入院中欄
- ・ 現在、医療機関に入院している場合（介護保険施設を除く）は、入院先の医療機関名、入院年月日及び所在地を記入してください。ただし、被保険者の病状が不安定な場合等は訪問調査が実施できませんので、医師に相談の上で申請手続きを行ってください。

同意欄関係項目

- ⑬ 本人署名欄
- ・ 提示に同意する場合は、被保険者本人が署名、押印してください。
 - ・ 本人署名ができない場合は、代筆者により記入してください。
 - ・ 提示に不同意の場合は、本人の署名や代筆による記入は不要です。
- ⑭ 代筆の場合欄
- ・ 代筆は、原則として被保険者本人が身体的・精神的理由により本人署名できない場合に行えることとします。
 - ・ 代筆者は、原則として被保険者本人の家族等とします。
 - ・ 代筆の場合は、本人署名欄に被保険者本人の名前を記入の上（押印は不要）、代筆の場合欄に代筆者名前、住所及び本人との関係を記入し、押印してください。

要介護認定調査（訪問調査）の実施に係る連絡票

訪問調査では、日頃の本人の心身の状態や家族等の介護状況について聴き取りを行います。そのため、できるだけ日頃の状況をよく知っておられる介護者等の同席をお願いしています。円滑に訪問調査及び日程調整等を行うために、この連絡票への記入をお願いします。

| | | | | | | | | | | |
|---|---|--|--|---|---|---|---|---|---|--------------|
| ① 記入者名前 | この連絡票を記入した方を必ず記入 | | 本人との関係 | <input type="checkbox"/> 家族等（続柄： ） <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所・介護保険施設等 | | | | | | |
| ② 被保険者名前 | ※介護保険の申請をされている人（訪問調査を受けられる方）を記入してください。 | | | | | | | | | |
| ③ 被保険者が現在住んでいる場所 | <input type="checkbox"/> 住民票の住所地 <small>（この場合、住所は記入不要です。）</small> | 電話番号 | （ ） — | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 住民票の住所地以外 <small>（右記に住所等を記入してください。）</small> | 住所 | 子ども宅や親戚宅に仮住まいしている場合： 住所・世帯主の名前を記載してください。 | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 入院 ・ 入所中 | 施設名 | 電話番号 | （ ） — | | | | | | |
| | 入院をしている場合：入院をしている階を記入 | | 階 病棟入院中 | | | | | | | |
| ④ 調査実施場所 | <input type="checkbox"/> 上記の場所 | ※この場合、住所は記入不要です。 | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 上記の場所以外 | 住所 | 電話番号（ ） — | | | | | | | |
| ⑤ 調査への同席者の有無 | <input type="checkbox"/> 同席する | <small>ふりがな 名 前</small> | ☆同席をする場合は、申請者の日頃の状況を把握している方の同席をお願いします。また、続柄は必ず記入してください。 | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 同席しない | 本人との関係 | <input type="checkbox"/> 家族（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ） | | | | | | | |
| | <small>※この場合、心身の状態に関しての聴き取りに対し十分に受け答えができるものとし、本人からのみ聴き取ります。</small> | | | | | | | | | |
| ⑥ 日程調整の相手 | <small>ふりがな 名 前</small> | 平日8:30～17:15の間で確実に連絡が取れる連絡先(携帯電話可)を記入。 なお、電話番号の記入間違いが多く見られます。よく確認してください。 | | | | | | | | |
| | 電話番号 | | | | | | | | | |
| | <small>※訪問調査の日程調整のための連絡がなかなか取れない場合が多々あります。差し支えなければ、勤務先等日中に確実に連絡が取れるところを記入してください。</small> | | | | | | | | | |
| | 勤務先等名称 | 電話番号（ ） — | | | | | | | | |
| | 備考 | ※連絡が取りやすい時間等をご記入ください。 | | | | | | | | |
| ⑦ 介護サービス利用状況及び病院受診 | ①訪問介護 ②デイサービス ③デイケア ④ショートステイ ⑤小規模多機能 | サービス利用日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | 病院受診など都合が悪い日 |
| | 在宅サービスご利用の場合：利用している曜日の下に番号を記入 ショートステイご利用の場合：空欄に申請した月の利用日を記入。 | | | | | | | | | |
| ⑧ 本人の状況その他 <small>（要望・留意事項等）</small> | <small>※調査員に特に伝えておきたいことがあれば記入してください。</small> 難聴 有・無 感染症 有（ ）・無 別室での聞き取り希望 有・無 | | | | | | | | | |
| | 〈記入例〉 ● 暴言や暴力行為があるので注意して調査をしてください。 ● 疾病について本人には言わないく聞かないようにしてください。 ● 介護保険のことは本人には伝えていないので言わないでください。 ● 暫定プランにてサービスを利用しているので調査を早くして欲しい。 ※この場合、本連絡票に記入のうえ、申請時に窓口の職員に必ず口頭で伝えてください。 | | | | | | | | | |
| 福山市処理欄（※こ | | | | | | | | | | |
| 調査実施日 | | | | | | | | | | |
| その他 | 〈その他〉 | | | | | | | | | |