

介護保険〔要介護認定・要支援認定〕申請書

(宛先) 上越市長 次のとおり申請します。

		申請年月日		令和 年 月 日	
介護保険 被保険者番号		0 0 0 0		個人番号	
被 保 険 者	医療保険 保険者名	<input type="checkbox"/> 新潟県後期高齢者医療広域連合 <input type="checkbox"/> 上越市(国民健康保険加入の方) <input type="checkbox"/> その他()			保険者 番号
	被保険者証	記号	番号	枝番	
	フリガナ	性別		男・女	
	氏名	生年月日		明・大・昭 年 月 日	
	住所	上越市 電話番号 ()			
	※14日以内に 転入された方 のみ記入	転出元自治体(市町村)名 () ※現在、転出元自治体に要介護等認定を申請中ですか。(はい・いいえ) 「はい」の場合、申請日： 年 月 日			
	入所・入院 施設名 (短期入所は除く)	施設名	入院(予定)日： 年 月 日		
		所在地	退院(予定)日： 年 月 日		

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	電話番号 ()

●定期的に受診している医療機関名(入院中の方は入院している医療機関名)をお書きください。

主 治 医	医療機関名	主治医の氏名	
	所在地	電話番号 ()	
	受診状況	●最終受診日 年 月 日	●受診予定日 年 月 日

※ 特定疾病名	
---------	--

※40歳から64歳までの医療保険加入者(第2号被保険者)の方のみ記入してください。

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などの介護保険情報を、上越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、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に同意します。

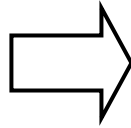
被保険者氏名	
--------	--

受 付 印	※上越市記入欄			
	申請入力	保険者証返還	資格者証	意見書
		済・調査時・紛失		新規・継続 在宅・施設
	チェックリスト		調査担当地区	調査員名
未実施・申請同時実施(該当・非該当)				

介護保険の申請を行う前に確認してください。

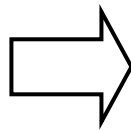
○ 申請前の確認事項

1. 医療機関（主治医）の先生に、介護保険の申請をすることを伝えてありますか。



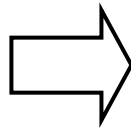
※伝えていない方は、先生に申請をすることを伝えてください。
※医療機関（主治医）にかかっていない方は、高齢者支援課へ御相談ください。

2. 医療機関（主治医）の先生に、診断の書類（主治医意見書）を記載していただくことを確認していますか。



※介護認定に必要な書類のため、市が医療機関へ依頼しますが、記載していただけることを確認してください。

「入院中の方にお尋ねします。」
3. 病状は安定していますか。



※病状が安定していない場合は、病院の看護師ではなく、医療相談員に介護申請について相談してください。病状が安定した後に申請をお願いします。

【添付書類】

※ 「介護保険被保険者証」「訪問調査事前確認票」を一緒に提出してください。

※ 後期高齢者医療保険、国民健康保険以外に加入の方は、医療保険者証の写しを一緒に提出してください。

【注意事項】

◎申請日は、市が申請書を受け取った（窓口に出した）日となります。

◎郵送の際は、市役所（木田庁舎）、各総合事務所、南北出張所の窓口に着した日が申請日となります。消印日を申請日とはみなしません。

◎サービスの利用に当たっては、利用日を十分に御注意ください。

介護の認定がなされても、申請日より前に受けたサービスは、原則自費となります。

訪問調査事前確認票

新規

②

訪問調査では、日常生活の状況について申請者ご本人・介護者の方にお話をうかがいます。
訪問は月曜日から金曜日の午前9時から午後3時50分までの間で実施しています（所要時間は約1時間です）。

1. 申請された方の状況について

被保険者氏名	
家族構成 (ひとつに○)	<ul style="list-style-type: none"> ・ひとり暮らし ・65歳以上の高齢者のみの世帯 ・その他の世帯（申請者本人を含め家族 名）
調査場所 (ひとつに○)	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅 ・入院中（病院名： 病棟：) ・その他 ()
心身の状況 (該当するものに○)	<ul style="list-style-type: none"> ・歩行が不安定、又は困難 ・見守りまたは介助が必要（入浴・食事・排泄) ・麻痺がある（部位) ・寝たきり状態である ・物忘れ、火の不始末など認知症が多少ある ・その他 ()

2. 調査日程調整の連絡先（日中連絡のとれる所を記入してください。）

<input type="checkbox"/> 本人 (申請された方) <input type="checkbox"/> ご家族 <input type="checkbox"/> その他	〒 氏名： _____ 続柄： _____ 住所（本人と異なる場合に記入） : _____ 事業所等： _____ 電話番号： _____
調査にうかがう際 都合の悪い日時等	

3. 調査の立会者等（調査対象者の日頃の状況を把握している方をお願いします）

<input type="checkbox"/> 上記日程調整者 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 立会者なし	〒 氏名： _____ 続柄： _____ 住所： _____ 事業所等： _____ 電話番号： _____
--	--

4. 希望サービス

希望サービス (該当するものに○)	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問介護 ・訪問入浴 ・訪問看護 ・デイサービス ・デイケア ・短期入所 ・福祉用具のレンタル ・福祉用具の購入 ・住宅改修 ・施設サービス ・その他 () ・ケアマネジャーと相談して決めたい
----------------------	---

5. その他（連絡事項等がありましたら記入してください。）

	（記入者： _____）
--	--------------

※上越市記入

保険証返還	調査担当地区	調査員名	点検者
済・調査時・紛失			