

介護保険（要介護・要支援）認定申請書

新規 更新 要介護・要支援状態区分変更

新規（要支援者の要介護への区分変更） 転入

佐賀中部広域連合長様

該当する区分にチェックしてください。

次のとおり申請します。

連 合 処 理 欄	受付（ <input type="checkbox"/> ）・入力（ <input type="checkbox"/> ）
	添付 <input type="checkbox"/> 地図 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 詳細 <input type="checkbox"/> 処理済
	調査 <input type="checkbox"/> 意見書
	□連合 <input type="checkbox"/> 同日提出
	□委託（同日・後日） <input type="checkbox"/> 垂送希望（担当へ）

※太枠内の必要事項をご記入ください。（裏面有）

被 保 險 者	申請日	令和7年11月1日														
	被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	個人番号				
	医療保険	医療保険者名										記号番号				
	フリガナ	コウイキ タロウ										2号被保険者の場合は、 医療保険情報を記入してください。	昭	20年2月2日		
	氏名	広域 太郎										(<input type="checkbox"/> OO才)※40~64歳(2号)の方は●欄記入	性別	男・女		
	住所	〒840-0826 佐賀市白山二丁目1番12号 佐賀商工ビル501										TEL	0000(△△)0000			
	前	要介護状態区分 1 2 3 4 5										要支援状態区分	1 2			
	変更申請の場合は詳しい理由を記入してください。											月 1 日	から 令和7年11月30日			
	転入者	転出元自治体名										・転出元で要介護認定申請中（申請日： 年月日）				
変更申請理由	□悪化・□改善（内容：自宅で転倒し入院中。入院後より認知面の低下が進んでいる。）															
提 出 者	□本人															
	申請代行業者の場合は該当箇所に○をつけてください。															
	<input checked="" type="checkbox"/> 申請代行事業者 申請代行事業者以外の事業者（グループホーム・アコム・施設等）はその他を選択し氏名欄に事業者・担当者名を記載。															
	該当に○（地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設・介護医療院）															
	名称	連合居宅介護支援事業所										担当者	居宅 花子			
											事業者番号	4100000000				
	所在地	〒840-0000 OO市OO町1234番5号										TEL	0952(22)2222			
	この申請に対する、要介護認定・要支援認定等結果通知 本人氏名（★1） 書及び介護保険被保険者証の送付先を、上記申請代行事業者に指定します。															
	□家族	氏名	結果通知書等の送付先を申請代行業者にしたい場合は、ここに被保険者本人が署名してください。 代筆した場合は、下記の代筆者欄に署名してください。													
□その他	(被保険者との関係：) (ア) (トド) ()															
主 治 医	医療機関名	連合総合病院 整形外科										総合病院の場合は、診療科までご記入ください。				
	所在地	佐賀市OO四丁目3番2号										意見書の依頼状況について記入してください。				
	意見書の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 令和7年11月2日 (家族) が医療機関に意見書を提出(済・予定)										<input type="checkbox"/> 当連合からの送付を希望				
● 2号 被 保 險 者	※第2号被保険者（40歳から64歳）の方は、医療保険証の写しを添付してください。															
	特定 疾 病 名	□がん □関節リウマチ □筋萎縮性側索硬化症 □後縦靭帯骨化症 □骨折を伴う骨粗鬆症 2号被保険者の場合は、医療機関に確認の上、必要事項を記入してください。 また、マイナポータルからダウンロードした医療保険の資格確認画面、保険者が発行する「資格情報のお知らせ」または「資格確認書」の写し等のいずれか一点を添付してください。														
	□多系統萎縮症 □脳血管疾患 皮質基底核変性症及びパーキンソン病															
<p>・介護サービス計画の作成等の適切な運用のために必要なときは、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から地域包括支援センターや介護保険施設等に提出するにあたっては、被保険者本人が署名してください。 若しくは介護保険施設等に提出するにあたっては、被保険者本人が署名してください。</p> <p>代筆した場合は、下記の代筆者氏名欄に署名してください。</p>																
<p>代筆者氏名</p> <p>本人氏名（★2）</p> <p>広域 太郎</p>																
<p>（関係： 次男）</p> <p>広域 次郎</p>																
※本人氏名（★1・2）を代筆した場合のみ記入																

◎ 調査連絡の際に必要です。できる限り詳細にご記入をお願いします。
訪問場所が病院・施設以外の場合は近隣地図を添付してください。

世帯 状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 夫婦世帯 <input checked="" type="checkbox"/> 家族と同居(配偶者・子・孫・その他:) <input type="checkbox"/> その他()			
立会	<input type="checkbox"/> 家族立会可 (同居・別居) <input type="checkbox"/> 家族立会不可 (家族以外の立会人)			
家族 連絡 先	フリガナ 氏名	※ 立会人連絡先(立会人が左記と異なる場合)		
	TEL	広域 次郎 (続柄: 次男)	フリガナ 氏名	① ②
現在 いる 場 所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他 名称: 連合総合病院 (2階 202号室) 所在地: 佐賀市〇〇四丁目3番2号 (TEL〇〇-〇〇〇〇) 入院・入所日: 令和7年10月5日 退院・退所予定: あり (11月15日) ・なし		調 査 場 所	平日、日中の連絡先を記入してください。 <input type="checkbox"/> その他 名称: 自宅 所在地: 佐賀市白山2丁目1番12号 (TEL 0952-〇〇-〇〇〇〇) 駐車場所: あり () ・なし
	過去1ヶ月以内の退院・退所		あり () ・なし	
今後1ヶ月間の都合の悪い日(本人・立会者)		あり () ・なし		
本人 の 状 況	申請経緯(介護を必要とされる理由、傷病名、介護者の有無等を記入してください。) 令和7年10月5日、自宅で転倒し左大腿骨骨折にて手術を行い入院。リハビリでは歩行器歩行。ふらつきあり、病棟内は車イスを自走している。排泄はオムツ着用しベッド横のポータブルトイレで行い、時折失禁も見られている。 身体面、徐々に回復してはいるが、入院後より認知面の低下が進み、同じ話の繰り返しや夜間大声で叫んだり、介助中に手を振り払ったり等見られている。 12月15日 自宅退院予定。			
	介護を必要とする理由、直接の原因となっている傷病名など、ご本人様の現在の状況をできるだけ詳しく記入してください。 また、この記入欄に入らない場合は別紙参照とし、別紙を添付してください。			
サービス 利用状況	<input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> 視力障害 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> その他			
	※ 面接時に本人の前で配慮すべきこと/気になること(例:物忘れ、病気、排泄等) 聞き取りづらいと立腹するため、大きな声で話してください。			
※介護保険による 給付のみを記入。	種類	曜日	事業所名	TEL
	デイサービス	月火水木金土日	デイサービスレンゴー	〇〇-〇〇〇〇
現在利用されているサービスをご記入ください。				
利用中の 自費サービス	種類			
	福祉用具貸与			
	福祉用具購入	※ 過去半年間の状況		
住宅改修	あり(令和6年1月 風呂場に手すり設置) ・なし			
希望するサービス	デイケア 伝えておきたいことや特記事項などあれば、記入してください。			
備考	デイサービスは、入院前に週1回利用していた。			
受付欄	<input type="checkbox"/> 佐賀中部広域連合 認定審査課 <input type="checkbox"/> 市・町		課	氏名