

新規・区分変更申請 専用

記入例

表面

介護保険 要介護認定・要支援認定申請書

廿日市市長 次のとおり申請します。

申請年月日 2022年 4月 1日

ご希望の申請種別に○をつけてください。

西暦、和暦のどちらを記入しても構いません。和暦の場合は元号名もご記入ください。

介護保険被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	個人番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1
医療保険被保険者証	保険者名	保険者番号	
	〇〇県後期高齢者医療広域連合	12345678	
	被保険者証	記号	番号
			0012345678
	枝番		
	フリガナ	カイゴ タロウ	
	氏名	介護 太郎	
	生年月日	明治 大正 昭和 10年 4月 1日	性別 男・女
	住所	〒 738-8501 広島県廿日市市下平良一丁目11番1号	
		電話番号(0829) 20 - 0001	
	入院、入所中の場合は、必ずご記入ください。	病院名 施設名 〇〇病院	
		〒 738-8501 広島県廿日市市下平良〇丁目△番△号	
		電話番号(0829) xx - xxxx	
	前回の認定結果等	要介護 1・2・3・4・5 要支援 1・2 事業対象者	
		有効期間: 年 月 日 から 年 月 日 まで	

区分変更申請の場合のみご記入ください。

入院中・入所中の場合は、必ず病院名・施設名をご記入ください。

主治医	医療機関名	〇〇病院	診療科名	整形外科
	主治医名	健康 一郎	意見書作成	☒ 主治医了承済み
	所在地	〒 738-8501 広島県廿日市市下平良〇丁目△番△号		
		電話番号(0829) xx - xxxx		

必ず、主治医の先生から承諾を得てから✓をしてください。

ご家族・ご親族が提出する場合はご記入ください。

提出代理人	氏名	介護 花子	本人との関係	妻
	住所	〒 738-8501 広島県廿日市市下平良一丁目11番1号		
		電話番号(0829) 20 - 0001		

施設等事業者による代行申請の場合はこちらにご記入ください。

提出代行	種別	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 指定介護療養型医療施設・地域密着型介護老人福祉施設・介護医療院	担当	
	名称・住所	名称 住所 電話番号() -		

名称、住所、電話番号はゴム印でもかまいません。

● 2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみご記入ください。

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、及び利用者負担割合を廿日市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。

本人氏名: 介護 太郎 代筆者氏名: 介護 花子 本人との関係: 妻

裏面の太枠内(認定調査連絡票)もご記入ください。

<職員記入欄>		申請受付者		チェック①
証回収	直営調査	委託調査	依頼日	
回収	R2S	名称	/	
紛失	居宅・施設	連絡先	窓口・電話()	
調査時回収	支所()			

受付印

※申請者は下記の太枠内の□にチェックを入れ、必要事項をご記入ください。

裏面

	☒ 利用したいまたは検討中のサービスがある ☐ ホームヘルパー ☐ 訪問看護 ☐ 訪問入浴 ☐ 施設入所 ☒ デイケア ☐ デイサービス ☐ ショートステイ ☐ 福祉用具貸与() ☐ 福祉用具購入() ☐ 住宅改修() ☐ その他() ☐ サービスのことはよくわからない																							
申請理由	☒ 困っていること・治療中の病気などがある ※具体的な内容を下記にご記入ください。 右足を骨折して入院中。リハビリを始めたが自宅での生活に不安がある。																							
	☒ 申請を勧められた ☒ 主治医 ☐ 家族 ☐ その他()																							
	☐ 体の状態が悪くなった ☐ 体の状態が良くなった ※区分変更申請の場合のみ記入。 どこが、どのようになったのかご記入ください。																							
生活状況	☒ 家族と同居(同居人: 妻) ☐ ひとり暮らし ☐ 施設(種別:)																							
調査場所	☐ 自宅(住民登録地) ※調査員用の駐車スペース(有 ・ 無) ☒ 入院先 病院名 : ○○病院 (南)棟 (3)階 (0311)号室 ☐ 入所先 施設名 : 入院(所)日 : 2019年 3月 15日 退院(所)予定日 : 2022年 5月 10日 ・ 予定なし 退院(所)後の予定 : ☐ 転院(所) () ☒ 自宅 ☐ ご家族等の氏名 : ☐ その他:〒 _____ 電話番号() -																							
同席者	※介護者の同席が必要です。同席者氏名と日中連絡可能な電話番号をご記入ください。 氏名: 介護 花子 続柄: 妻 連絡先(090) xxxx - xxxx ☐ 同席なし(本人のみで対応可能な場合に限り)																							
訪問調査	※サービス利用がある曜日や用事などで都合が悪い曜日・時間帯に×をつけてください。 <table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>月曜日</th><th>火曜日</th><th>水曜日</th><th>木曜日</th><th>金曜日</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>午 前</td><td>×</td><td></td><td>×</td><td></td><td>×</td></tr> <tr> <td>午 後</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> ☐ 特になし							月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	午 前	×		×		×	午 後					
	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日																			
午 前	×		×		×																			
午 後																								
日程連絡	☒ いつでも可能 ☐ 指定あり()																							
調査時に配慮する事	※事前に調査員に伝えておきたいこと等があればご記入ください。(本人の前で言わないで欲しいことなど)																							

確認票

☐不要 ☐実施済み