

# 介護保険(要介護・要支援)認定申請書

新規 更新 変更 (該当するものにレ点を付けてください。)

藤井寺市長 様  
次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被 保 険 者	被保険者番号	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
	フリガナ		性別	
	氏名		生年月日	大・昭・平 年 月 日
	住所	〒 -		
	同居の家族等	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子供 <input type="checkbox"/> 子供の家族 <input type="checkbox"/> 兄弟や姉妹 <input type="checkbox"/> その他( )		
	前回の要介護認定の結果等	要介護状態区分 1 2 3 4 5      要支援状態区分 1 2 有効期間 年 月 日 から 年 月 日 まで <input type="checkbox"/> 14日以内に他自治体から転入した者のみ記入 転出元自治体(市町村)名 現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 (既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください) <div style="float: right; text-align: right;">  はい・いいえ              申請日 年 月 日           </div>		

意見書の記載をお願いする主治医についてご記入ください。医療機関名は正確に記入ください。

意 見 書 関 係	主治医	医療機関名		主治医氏名	
		所在地	〒 -		
	電話番号 - -				
第二号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)のみご記入ください。※必ず医療保険者証をご掲示ください。					
特定疾病名					

提 出 者	フリガナ		被保険者との関係
	提出代行者名称 又は氏名		家族・居宅介護支援事業所・地域包括支援センター 介護保険施設(特養・老健・介護医療院)・その他( )
	住所又は所在地	〒 -	
電話番号 - -			

申 請 理 由	※新規・区分変更申請の場合は必ずご記入してください。(利用したいサービスや希望されるサービス等)
------------------	--

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、主治医意見書及び負担割合を、藤井寺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者、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掲示することに同意します。

本人署名又は押印 \_\_\_\_\_

裏面の **認定調査の連絡**について もご記入ください。

## 認定調査の連絡について

1. 本人

フリガナ		電話番号	自宅	
氏名			携帯	

2. 調査先はどちらにお伺いすればよろしいですか。

- 自宅(現住所)       それ以外

〒 -	
病院・施設名	
入院・入所期間等	年    月    日 ~    年    月    日
	<input type="checkbox"/> 退院・退所 予定日    月    日 <input type="checkbox"/> 退院・退所日 未定
	<input type="checkbox"/> 入院中に手術(予定) あり ⇒    月    日 頃を予定 <input type="checkbox"/> なし

3. 調査当日に、同席される方はいらっしゃいますか。

- いる

フリガナ		本人との関係	
氏名			
連絡先 ①		②	

- いない (本人のみ)

※ 自宅以外での調査の場合は同席の可否を病院・施設等の担当者に確認させていただきます。

4. 調査の日程調整は、どなたとすればよろしいですか。

- 本人  
 同席者  
 その他

フリガナ		本人との関係	
氏名			
連絡先 ①		②	

5. 調査にあたり、都合の悪い日はありますか。

- ない       ある

※平日で調整させていただきます。

6. 調査時に注意すべきこと等がありましたらご記入ください。

例: 手話通訳や筆談が必要 等

7. 本人以外の方で連絡のつく連絡先 ※申請時点でご入院中の方はご記入をお願いします。

フリガナ		本人との関係	連絡のつく連絡先	①
氏名				②

【市 記入欄】

受付者                   【                   】  
 本書提出者:    本人                    ご家族                    地域包括支援センター  
                   居宅介護支援事業所(                   )    施設職員 (                   )  
 過去の調査委託先   前々回 (                   )   前回 (                   )

現在の介護度	申請区分	調査委託先	受付印
被保険者番号: 要介護   1   2   3   4   5 要支援    1   2	・ 新規( <input type="checkbox"/> 介護申請) ・ 更新                   月末切れ ・ 区変		