

介護保険(要介護・要支援)認定申請書

【記入例】

新規 更新 変更 (該当するものにシ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。

該当する申請区分に「✓」を記入してください。

月 日

被保険者番号	0	0	0	1	2	3	4	5	6	7	個人番号	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	9	8
医療保険	保険者名	大阪府 後期高齢者医療広域連合										保険者番号											
	被保険者証	記号								番号					枝番								
	フリガナ	フジイデラ タロウ										性別											
加入している医療保険(健康保険・後期高齢者医療)の「保険者名と保険者番号」「被保険者証記号・番号・枝番」を記入してください。																							
保険者	住所	〒 583 - 0024 藤井寺市岡 ● - ● -										現在、有効な認定をお持ちの場合は記入してください。											
	同居の家族等	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input checked="" type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子供 <input type="checkbox"/> 子供の養育者(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 令和 ● 年 ● 月 ● 日 から 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 まで 主治医意見書の記載をお願いする病院名・主治医氏名(フルネーム)をご記入ください。																							

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、

意見書関係	主治	医療機関名	いのまなり総合病院										主治医氏名	道明 次郎										
	2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)の方は国の定める「特定疾病」のうち該当している疾病名を必ずご記入ください。																							
	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提示ください。																							
特定疾病名																								

提出者	フリガナ	フジイデラ ハナコ										被保険者との関係										
	提出代行物名 称 又は	藤井寺 花子										<input checked="" type="checkbox"/> 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	〒 583 - 0024 藤井寺市藤井寺 ○ - ○ -										ご家族の方が申請の提出をされる場合もご記入をお願いします。 電話番号 072 - 9●● - ●●●●										

申請理由	※新規・区分変更申請の際は、申請が必要な理由の記載をお願いします。 例)・体調不良により状態の悪化が見られ、介護量の増加がみられたため。 ・自宅での入浴が困難になり、デイサービスを利用したい。																					
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

介護サービス計画の作成等、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

藤井寺 太郎

個人情報情報の取扱いについての説明が書かれています。
記載内容を確認していただき、ご本人の署名、またはご本人による署名が難しい場合は、押印をお願いいたします。

認定調査の連絡について

1. 本人

フリガナ	フジイデラ タロウ	電話番号	自宅	072-9000-0000
氏名	藤井寺 太郎		携帯	090-●●●●-●●●●

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

入院中の場合、入院先での認定調査になるため、調査実施の可否について、病院へ確認した上で記載してください。

〒	-	〇〇市〇〇 1-5-9		
病院・施設名				
年 月 日 ~ 年 月 日				
入院・入所期間等				
<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 いない (本人のみ)

フリガナ	フジイデラ ハナコ	本人との関係	長女
氏名	藤井寺 花子		連絡先

※ 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			

詳しい日程調整は、調査員がお電話にて調整しますので現時点で、分かる範囲で結構です。

5. 調査にあたり、都合の悪い時間帯はありますか。

- ない あります

午前中は病院に行くことが多いため、午後から希望。

※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

例: 手話通訳や筆談が必要

申請時点で、ご入院中の場合は、認定調査までの間に退院や転院等も考えられるため、必ずご家族様等ご連絡のつく連絡先のご記入をお願いします。

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		