

介護保険要介護(更新)認定・要支援(更新)認定申請書

相馬市長

次のとおり申請します

年 月 日

申請者氏名		本人との関係	本人・夫・妻・息子(男)・娘(女) 兄弟姉妹・その他( )
申請者住所	〒 TEL ( ) -		
代行申請者	該当に○(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・介護医療院)		

介護保険被保険者番号			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			生年月日	明治・大正・昭和	年 月 日		
被保険者(本人)氏名			性別	男 ・ 女			
被保険者(本人)住所	〒 TEL ( ) -						
主治医(かかりつけ医) 有・無	主治医の氏名			医療機関名			
	所在地	〒 TEL ( ) -					
前回の要介護度等情報	要介護状態区分	1	2	3	4	5	要支援
	有効期間	年 月 日		から	年 月 日		
過去6月間の介護保険施設入所 病院入院等 有・無	介護保険施設・病院等の名称・所在地			期間	年 月 日～ 年 月 日		
	介護保険施設・病院等の名称・所在地			期間	年 月 日～ 年 月 日		

2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

特定疾病	04初老期における認知症 09糖尿病症 10脳血管疾患 11パーキンソン病 12慢関リウマチ その他( )
------	---

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・意見及び主治医意見書を相馬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(署名)

代筆者氏名(署名)

本人との関係( )

※ 以下は記入しないでください。(市処理欄)

意見書・調査期限	電算入力	調査機関	証回収

## 訪問調査及び医療機関の受診状況について (ご記入下さい)

調査立ち会い	有 ・ 無	立ち会う方	ふりがな: .....
		本人との関係	
調査日程調の調整先 または 立ち会い無の場合の 連絡先	氏名: _____ TEL: _____		
連絡希望 時間帯	曜日 AM _____ まで PM _____ 以降 ※連絡時間帯 平日午前8時30分～午後5時15分		
医療機関 (主治医)	前回受診日	年 月 日 頃	
	次回受診予定日	年 月 日 頃	
備考			

※以下、市確認

《調査先》 住民登録と同一・異なる(住所:

《利用中のサービス・希望するサービス》

- |  |                               |                                   |
|--|-------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 訪問介護(ヘルパー)        | <input type="checkbox"/> 訪問看護 | <input type="checkbox"/> 施設       |
| <input type="checkbox"/> 通所介護・通所リハ(デイサービス) | <input type="checkbox"/> 福祉用具 | <input type="checkbox"/> 利用(希望)なし |
| <input type="checkbox"/> 短期入所(ショートステイ)     | <input type="checkbox"/> 住宅改修 |                                   |

《入院中の場合》

- |   |   |
|---|---|
| 退院見込み <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 未定 | 転院可能性 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 |
| (退院予定日: _____ )   | (転院予定先: _____ )   |
|   | (転院予定日: _____ )   |