

相馬市長

次のとおり申請します。

申請年月日 令和〇年 〇月 〇日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6	個人番号										1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	医療 保険	保険者名	国民健康保険									保険者番号	70094																						
	被保険者 記号・番号	記号	島10									番号	222222						枝番	01															
	フリガナ	ソウマ タロウ											生年月日	昭和〇年〇月〇日																					
	氏名	相馬 太郎											性別	男																					
	住所	〒976-8601 相馬市中村字北町63番地の3 電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇																																	
	前回の要介護 認定の結果等	要介護1 有効期限 令和〇年〇月〇日 から 令和〇年〇月〇日																																	
	変更申請の 理由	〇〇〇〇により状態悪化したため																																	
	過去6月間の 介護保険施設、 医療機関等 入院、入所の 有無	介護保険施設等の名称等・所在地											期間	～																					
		介護保険施設等の名称等・所在地											期間	～																					
医療機関等の名称等・所在地											期間	〇〇病院 令和〇年〇月〇日～ 入院中																							
医療機関等の名称等・所在地											期間	～																							
提出代行者	名称	該当に〇（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・介護医療院）																																	
	住所	〒 電話番号																																	
主治医	主治医の氏名	〇〇 〇〇先生									医療機関名	〇〇病院〇〇科																							
	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 相馬市〇〇〇〇 電話番号 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇																																	

第二号被保険者（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、相馬市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する（地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。）ことに同意します。

本人氏名 相馬 太郎 代筆者氏名 相馬 花子 関係 子

## 訪問調査及び医療機関の受診状況について

## 訪問調査の連絡先

フリガナ	〇〇〇〇	本人との関係	相談員
氏名	〇〇病院地域医療連携室 〇〇	電話番号	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇
繋がりやすい時間帯	<input type="checkbox"/> いつでも可 <input type="checkbox"/> その他 ( )		連絡時間帯 平日8:30~17:15

## 訪問調査の立ち会い

<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	立ち会い者氏名 <input type="checkbox"/> 連絡先と同じ	フリガナ	本人との関係
--	--	------	--------

## 訪問先

<input type="checkbox"/> 住民票住所と同じ <input checked="" type="checkbox"/> その他	その他の場合	訪問先住所 相馬市〇〇 病院・施設名 〇〇病院
--	--------	----------------------------

## 主治医(かかりつけ医)受診状況

前回受診日	令和 年 月 日頃
次回受診日	令和 年 月 日頃

## 入院中の場合

退院予定 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 未定	退院予定日( 令和〇年〇月〇日 )
転院予定 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	転院予定日( ) 転院先( )

## 利用中のサービス・希望するサービス

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

## 備考

〇〇〇〇の治療のため入院中
サービス利用中の方は、利用曜日等をご記入ください

## ※ 以下、市記入欄

訪問日時/調査員名	月 日 時 分 【 】
その他	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証の回収要