

相馬市長

次のとおり申請します

令和 ○年 ○月 ○日

申請者氏名	相馬 花子	本人との関係	本人・夫・妻・息子(男)・ <b>娘</b> (長女) 兄弟姉妹・その他( )
申請者住所	〒 976-8601 TEL ( 0244 ) 37 - 3065 相馬市中村字北町63番地の3		
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	0000123456		個人番号	1111111111			
医療保険	保険者名	後期高齢	・ <b>国保</b> ・	その他	保険者番号	70094	
	被保険者証	記号	島10		番号	2222222	枝番
フリガナ	ソウマ タロウ		生年月日	明治・大正 <b>昭和</b> ○年 ○月 ○日			
被保険者(本人)氏名	相馬 タロウ		性別	<b>男</b> ・ 女			
被保険者(本人)住所	〒 同上		TEL ( 0000 ) 00 - 0000				
主治医(かかりつけ医)	主治医の氏名	〇〇 〇〇先生		医療機関名	〇〇病院 〇〇科		
	<b>有</b> ・ 無	所在地	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 相馬市〇〇字〇〇〇〇〇番地		TEL ( 〇〇〇〇 ) 〇〇 - 〇〇〇〇		
変更申請の理由	脳梗塞発症により状態悪化したため。						
現在の要介護状態区分等	要介護状態区分	<b>〇</b> 2 3 4 5			要支援	1 2	
	有効期間	令和○年 ○月 ○日 から				令和○年 ○月 ○日	
過去6月間の介護保険施設入所病院入院等	介護保険施設・病院等の名称・所在地		〇〇病院		期間	○年 ○月 ○日 ~ ○年 ○月 ○日	
	<b>有</b> ・ 無	介護施設入所 ショートステイ・ <b>入院</b>		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 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) 相馬 太郎

代筆者氏名(署名) 相馬 花子

署名をお願いします。  
本人が署名できない場合は、代筆者が本人氏名及び代筆者氏名をご記入ください。

関係( 長女 )

※ 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

記入または□に✓をお願いします。

## 訪問調査の連絡先

フリガナ		本人との関係	
氏名	〇〇病院 地域医療連携室	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	曜日	時頃
連絡時間帯 平日8:30~17:15			

## 訪問調査の立ち合い

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

## 訪問先

<input type="checkbox"/> 住民票住所と同じ	その他の場合	訪問先住所: 相馬市〇〇字〇〇〇〇〇番地
<input checked="" type="checkbox"/> その他		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
次回受診予定日	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 ( 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

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

## 認定調査情報

日時/調査員氏名	月 日 時 分 【 】
その他	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証回収願います