

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

令和 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	後期高齢 ・ 国保 ・ その他		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	1	2
	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

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		電話番号	( ) -
繋がりのやすい時間帯	<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 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:
<input type="checkbox"/> その他		病院・施設名:

## 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 type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 未定	退院予定日 ( )	
転院予定 <input type="checkbox"/> 有 <input 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 type="checkbox"/> 訪問介護(ヘルパー)	<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input 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					