

介護保険要介護(更新)認定・要支援(更新)認定申請書

記載例

相馬市長

次のとおり申請します

令和〇年〇月〇日

申請者氏名	相馬 花子	本人との 関 係	本人・夫・妻・息子(男)・ <input checked="" type="radio"/> 娘(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・ <input checked="" type="radio"/> 国保・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・昭和 ○年○月○日		
被保険者(本人) 氏 名	相馬 タロウ		性 別	<input checked="" type="radio"/> 男・女		
被保険者(本人) 住 所	〒 TEL (〇〇〇〇) 〇〇 - 〇〇〇〇 同上					
主治医 (かかりつけ医) <input checked="" type="radio"/> 有・無	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 相馬市〇〇字〇〇〇〇〇番地		TEL (〇〇〇〇) 〇〇 - 〇〇〇〇		
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 效 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 <input checked="" type="radio"/> 有・無	介護保険施設・病院等の名称・所在地 介護施設入所 ショートステイ・入院	<input checked="" type="radio"/> 〇〇病院	期間	〇年〇月〇日～〇年〇月〇日		
	介護保険施設・病院等の名称・所在地 介護施設入所 ショートステイ・入院		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) 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	ソウマ ハマコ	本人との関係	長女
氏名	相馬 花子	電話番号	(〇〇〇〇)〇〇-〇〇〇〇
繋がりやすい時間帯	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	立ち合い者氏名 <input checked="" type="checkbox"/> 連絡先と同じ	フリガナ	本人との関係
--	---	------	--------

訪問先

<input checked="" type="checkbox"/> 住民票住所と同じ <input type="checkbox"/> その他	他の場合	訪問先住所: 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 checked="" 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