

次のとおり申請します。

介護保険「要介護・要支援」認定申請書

該当の申請区分を選択して下さい

申請年月日を記入して下さい

新規 更新 区分変更

申請年月日 令和〇年〇月〇日

| | | | | | | |
|-----------------------|--------|-------------------------------------|---|--|---|---|
| 被保険者 (認定を受けようとする方) | 被保険者番号 | | 4 5 6 7 8 9 | | 介護保険被保険者証に記載されている番号を記入して下さい | |
| | 医療保険 | 保険者名 | 保険者番号 | | | |
| | | 被保険者証 | 住民登録地を記入して下さい | | 番号 | 枝番 |
| | | フリガナ | エビナ ハナコ | | 生年月日 | 明・大・昭 10年 10月 1日 |
| | | 氏名 | 海老名 花子 | | 性別 | 男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/> 年齢 85歳 |
| | | 住所 | 〒243-0492 海老名市 勝瀬175番地の1 | | 電話番号 | 046 (235) 4953 |
| | | 前回の要介護認定の結果等 *要介護・要支援更新認定の場合のみ記入 | 要介護状態区分 <input type="radio"/> 1 <input checked="" type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 経過的要介護 | | 要支援状態区分 1 2 | |
| | | 変更申請の理由 (変更申請者のみ記入) | ×××のため | | 変更申請の場合のみ記入 | |
| | | 現在の入院・入所先 (短期入所先を除く) | 入院・入所施設名 介護老人保健施設〇〇〇 | | 現在生活している場所が住民登録地と違う場合のみ記入して下さい(ご入院中やご入所中など) | |
| | | | 所在地 海老名市〇〇△-◇-× | | 電話番号 () () | |

■被保険者(本人)以外の方が申請される場合は、下欄にご記入ください。

| | | | | |
|----------------------------|------------------------|--|----------------------|--|
| 申請 代行者 | 被保険者との関係 | ① 家族(続柄 長男) ② 地域包括支援センター ③ 居宅介護支援事業者 ④ 指定介護老人福祉施設 ⑤ 介護老人保健施設 ⑥ 指定介護療養型医療施設 ⑦ 介護医療院 ⑧ その他() | | |
| | フリガナ | エビナ タロウ | | |
| | 氏名 代行業者名 | 海老名 太郎 ※代行業者の場合(担当者名) | | |
| 住所 所在地 (上記住所と違う場合のみ) | 〒243-00** 電話番号 () () | | 日中連絡が取れる電話番号を記入して下さい | |
| | | 海老名市〇〇×-△-◇ 携帯番号 () | | |

※認定結果通知書は、原則として被保険者の住民票上の住所地に郵送しますが、郵送先を上記申請代行者のご家族宛に希望したい場合は、右欄の「希望する」に○をしてください。

■申請時点で被保険者の状態を把握している医師(主治医意見書の提出先)をご記入ください。

原則家族のみ

| | | | | | | |
|---------|-------|----------------|-------|-------------|------|-------|
| 主治 医 | 医療機関名 | ◇◇病院 | 主治医氏名 | 〇〇×× | 診療科名 | 脳神経外科 |
| | 所在地 | 〒243-**** 電話番号 | | 海老名市◇◇〇-×-△ | | |

(注意)
※記入漏れが多いのでご注意ください
病院の名前、主治医の名前(フルネーム)、診療科名を必ず記入して下さい
※主治医意見書は、本人の現在の状態について意見を求めるものなので、少なくとも3カ月以内に診察を受けている医療機関を記入して下さい

■2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)は、医療保険証の写しを添付するとよい

| | |
|--------------------------------|------|
| 特定疾病名 (該当するか主治医に確認済みであること。) | 脳血管疾 |
|--------------------------------|------|

■認定に係る情報提供の同意の確認

40歳から64歳までの方は

介護サービス計画の作成等、介護保険事業及び海老名市高齢者
該当する特定疾病名を記入して下さい 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付定結果、意見、及び主治
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
市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。

(注意)
※記入漏れが多いので注意して下さい

介護サービスを提供する事業者に対する認定情報等の提供について、同意の署名が必要です。
なお、本人が署名できない場合は家族の方が被保険者氏名で代筆して下さい

被保険者氏名 海老名 花子

| | | | |
|---------|-----------|---------|--------|
| 格証発行 | 同意 | 申請入力 | 意見書依頼 |
| 市・()包括 | 済み | 紛失 | 未 |
| 済・未 | 済・未 | 済・未 | / 依頼済み |
| 調査 | 調査日時 | 調査立ち会い者 | 介護保険料 |
| | 月 日 () : | | 入力確認 |

認 定 調 査 連 絡 票

(被保険者氏名 **海老名 花子**) (被保険者番号 **456789**)

1 申請理由等(当てはまるものすべてにチェック)

| | |
|---------------------------|--|
| きっかけ | <input type="checkbox"/> 家族のすすめ |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 病院のすすめ |
| | <input type="checkbox"/> 更新のため |
| | <input type="checkbox"/> その他() |
| 心身の状況 | <input type="checkbox"/> 腕や脚に麻痺がある。 |
| | <input type="checkbox"/> 歩行に支障がある。 |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 寝たきりの状態である。 |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 物忘れなど認知症状がある。 |
| | <input checked="" type="checkbox"/> その他(腰椎圧迫骨折) |
| ※病名等がお分かりであれば、ご記入をお願いします。 | |
| 利用したいサービス | <input type="checkbox"/> デイサービス/通所リハビリテーション |
| | <input type="checkbox"/> 訪問介護(ホームヘルプ)、訪問入浴介護 |
| | <input type="checkbox"/> 福祉用具購入・レンタル |
| | <input type="checkbox"/> 住宅改修 |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 施設入所 |
| | <input type="checkbox"/> その他() |

認定調査の際の参考とさせていただきたいので、支障のない範囲で記入して下さい

2 調査場所について

| | |
|---|---|
| 調査場所 (いずれかにチェック) | <input type="checkbox"/> 自宅(申請書記載の住所) |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 入院先・入所先 |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 申請書記載の場所と同様(記載不要) <input type="checkbox"/> 申請書記載の場所と異なる場合→下欄にご記入ください |
| | 施設名: (病室: 階 病棟) |
| | 電話番号: () |
| | ※入院中の場合 退院・転院の予定 <input type="checkbox"/> あり(時期:) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未定 |
| <input type="checkbox"/> その他(親族宅など) 住所: (様方) 電話番号: | |

申請書に記載した場所と異なる場合は、必ず記入して下さい

3 調査の立会者について

| | | | |
|---|--|--|------------------|
| 調査の立会いについて (いずれかにチェック) | <input type="checkbox"/> 希望しない。 ※入院・入所中の場合、直接病院・施設等に連絡して調査に伺います。 | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 希望する。 | | |
| ※ご家族の方にも本人の日頃の様子について確認させていただきたいので、可能な限りお立会いをお願いします。 | ↓ | フリガナ エビナ タロウ | |
| | 立会者 | 氏名 海老名 太郎 (被保険者との関係 長男) | |
| | | 日中の連絡先(電話番号) () | |
| 日程調整は誰と? (いずれかにチェック) | <input type="checkbox"/> 被保険者本人 | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 立会者 | | |
| | □その他 | フリガナ | 被保険者との関係 (同居・別居) |
| | | 氏名 | () |
| | 日中の連絡先(電話番号) | () | |

日中連絡が取れる電話番号を記入して下さい

4 その他

| | |
|--------------------------------------|----------------------|
| * 連絡事項や調査時に気を付けてほしい点等がありましたら、ご記入ください | 急ぎの調査の場合もこちらに記入して下さい |
|--------------------------------------|----------------------|