

記入例

介護保険

要介護認定・要支援認定
要介護更新認定・要支援更新認定
要介護認定・要支援認定区分変更

申請書

三豊市長 様 次のとおり申請します。	個人番号	012345678910
	申請年月日	令和〇〇年 〇月 〇〇日
申請者氏名	三豊 花子	本人との関係 妻
提出代行者 名 称	該当に○(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)	
申請者住所	〒 三豊市高瀬町下勝間2373番地1 電話番号 0875-73-3017	

※申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

被 保 者	介護保険 被保険者番号	9876543210						
	医 療 保 険	保険者名	三豊市後期高齢者医療	保険者番号	39372081			
		被保険者証	記号	医療保険に関する情報を記載してください。		12345678	枝番	
	フリガナ	ミトヨ タロウ		生年月日	昭和〇年〇月〇日		性別	男
	氏 名	三豊 太郎						
	住 所	〒 767-8585		電話番号 0875-73-3017				
	三豊市高瀬町下勝間2373番地1							
	前回の要介護 認定の結果等	*要介護・要支 援更新・変更の 場合のみ記入	介護度選択 介護1	現在要介護・要支援認定を受けていれば記入してください。				
		有効期間 〇年〇月〇日 から 〇年〇月〇日						
	過去6月間の介 護保険施設・ 医療機関等入 院入所の有無	介護保険施設の名称等・所在地 特別養護老人ホーム 〇〇		期間 〇年 〇月 〇日～ 年 月 日				
有 ☒ 無 ☐	介護保険施設の名称等・所在地		期間					
	医療機関等の名称等・所在地 △△病院 三豊市高瀬町		期間 〇年 〇月 〇日～ 〇年 〇月 〇日					
		医療機関等の名称等・所在地		期間				
入院入所有を選択した場合は、施設・病院等の情報と期間を記入してください。								

主 治 医	医療機関名	〇〇医院	主治医の氏名	〇〇 △△
	所 在 地	三豊市豊中町本山甲00番地0 電話番号 0875-62-0000		

2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

特定疾病名	脳梗塞
-------	-----

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・要支援認定にかかわる調査内容、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、三豊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する職員に提示することに同意します。

- ・40歳～64歳の方のみ記入が必要です。
- ・医療保険の保険証の写しを添付してください。

本人氏名
代理者氏名

三豊 太郎
三豊 花子

本人氏名を自署してください。
記入が難しい場合は、
代筆してください。

記入例

介護認定申請受付票

被保険者氏名	三豊 太郎	申請区分	☐ 新規 ☒ 更新 ☐ 区分変更 ☐ 転入																		
調査対象者の状況																					
生活の状況	<table><tr><td>歩行</td><td>☐ 自立</td><td>☒ 杖等につかまって歩く</td><td>☐ 歩行できない</td></tr><tr><td>排泄</td><td>☐ 自立</td><td>☒ 一部介助が必要</td><td>☐ 全て介助が必要</td></tr><tr><td>着替え</td><td>☐ 自立</td><td>☒ 一部介助が必要</td><td>☐ 全て介助が必要</td></tr><tr><td>食事</td><td>☒ 自立</td><td>☐ 一部介助が必要</td><td>☐ 全て介助が必要</td></tr></table>			歩行	☐ 自立	☒ 杖等につかまって歩く	☐ 歩行できない	排泄	☐ 自立	☒ 一部介助が必要	☐ 全て介助が必要	着替え	☐ 自立	☒ 一部介助が必要	☐ 全て介助が必要	食事	☒ 自立	☐ 一部介助が必要	☐ 全て介助が必要		
歩行	☐ 自立	☒ 杖等につかまって歩く	☐ 歩行できない																		
排泄	☐ 自立	☒ 一部介助が必要	☐ 全て介助が必要																		
着替え	☐ 自立	☒ 一部介助が必要	☐ 全て介助が必要																		
食事	☒ 自立	☐ 一部介助が必要	☐ 全て介助が必要																		
認知症の症状	☐ 特になし ☒ 時々物忘れする ☐ 物忘れが多い																				
主な疾患名	☒ なし ☐ あり (次回受診日がかなり先の場合、 早めの受診をお願いします。 定期受診がない場合は、 受診をお願いします。)																				
かかりつけ医	☐ 定期受診中(次回受診 月 日頃 科) ☐ 定期受診なし ☒ 入院・入所中																				
利用中の介護サービス (複数回答可)	☒ 訪問介護 ☐ 通所介護 ☐ 施設入所 ☐ その他 ()																				
利用したいサービス (複数回答可)	☐ 家事援助 ☐ 身体介護 ☐ デイサービス ☒ 福祉用具 ☒ 住宅改修 ☐ 施設入所 ☐ その他 ()																				
特記事項																					
送付先変更の希望	☒ しない ☐ する (「送付先変更届」の要作成)																				
認定調査について																					
調査の同席者	☐ 無 ☒ 有 (氏名 三豊 花子 本人との関係 妻)																				
	昼間連絡先	000 - 1234 - 5678																			
調査の場所	☐ 自宅(駐車場 ☐ 有 ☐ 無) ☐ 介護施設 ☒ 病院(退院予定日 ○月○日頃)																				
	名称や住所 病院名・病棟	退院未定の場合「未定」と記入してください。 〇〇病院〇〇〇号室 電話番号 0875-73-3017																			
調査日	☐ いつでも良い ☒ 希望あり(希望に添えない場合もあります。)																				
	調査がダメな曜日を[×]と記入してください。 都合が悪い曜日に×やデイと記入してください	<table><tr><td>時間帯／曜日</td><td>月</td><td>火</td><td>水</td><td>木</td><td>金</td></tr><tr><td>9:00~12:00</td><td></td><td>デイ</td><td>×</td><td></td><td>デイ</td></tr><tr><td>13:00~15:30</td><td></td><td>デイ</td><td></td><td>×</td><td>デイ</td></tr></table>		時間帯／曜日	月	火	水	木	金	9:00~12:00		デイ	×		デイ	13:00~15:30		デイ		×	デイ
時間帯／曜日	月	火	水	木	金																
9:00~12:00		デイ	×		デイ																
13:00~15:30		デイ		×	デイ																
伝えたいこと	同席者の都合も忘れず記入してください。 本人には病気のことは伝えていないので、本人の前で病気の話をしないでください																				
(受付担当者記入欄)																					
受付者	個人番号 確認書類	☐ 個人番号カード ☐ 通知カード ☐ 個人番号が記載された住民票等 ☐ その他 ()																			
申請者 確認書類	1点のみで可	☐ 個人番号カード ☐ 運転免許証 ☐ 身体障害者手帳等 ☐ 介護支援専門員証 ☐ その他 ()																			
	2点確認必要	☐ 介護保険被保険者証 ☐ 医療保険証 ☐ 介護保険納入通知書 ☐ 長寿手帳 ☐ 包括・事業所の職員証 ☐ その他 ()																			