

介護保険(要介護認定・要支援認定)申請書

該当する所に○

銚子市長 様

郵送の場合は到着日になります

新規・更新・変更

次のとおり申請いたします。

申請年月日 年 月 日

被保険者 (サービス利用を希望している方)	被保険者番号		個人番号						
	フリガナ	チョウシ タロウ		生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日				
	氏名	銚子 太郎		性別	男・女	年齢	歳		
	住所	〒288-8601 銚子市若宮町1	住民票の住所を記入ください		479(24)8755				
	介護保険の郵便送付先	同上 異なる場合記載 →	〒 - 住所		入院中や住所地に居ない方はこちらに○				
	前回の要介護認定の結果	要支援状態区分 1 2 / 要介護状態区分 1 2 3 4 5		有効期間		年 月 日 ~ 年 月 日			
過去6か月間の入院・入所の状況	〇〇病院		令和〇年〇月〇日 ~ 年 月 日		年 月 日 ~ 年 月 日				

提出申請 代行者 又は 代行者は	氏名	銚子 花子		本人との続柄 妻					
	住所	〒288- 銚子市若宮町	窓口に来られた方の情報を記載ください		0479-24-8755				
	代行者名称	[地域包括支援センター・指定居宅介護支援事業者・地域密着型介護老人福祉施設・介護保険施設]							
事業所の方は該当する所に○で囲んでください									

主治医	医療機関名	〇〇病院		診療科	〇〇〇科			
	主治医氏名	高齢 太郎医師		受診予定日	6月1日・月1回			
	所在地	〒288-0000 銚子市若宮町1000番地 電話 0479(24)0000		意見書を記載してもらえるか 確認して記入ください				

本人同意欄	介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成するために必要があるときは、要介護(要支援)認定の調査内容、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又は介護保険施設の関係人に提供することに同意します。また、今回の認定結果を、主治医意見書を記載した医師に提供することに同意します。							
	氏名	銚子 太郎			代筆者(銚子 花子)			

『健康保険証』をご持参ください。

65歳未満の方は特定疾病名を記入し、健康保険者証のコピーを添えてください

医療保険者名・保険者番号	医療保険被保険者
千葉県後期高齢者医療広域連合 39122023	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

※市記入欄

受付印

被保険者証回収済	<input type="checkbox"/>	保険料未納無し	<input type="checkbox"/>
資格者証の交付済	<input type="checkbox"/>	生保あり	<input type="checkbox"/>
送付先の家族同意	<input type="checkbox"/>	転入継続	転入前市町()

(裏)
認定調査連絡票

現在の様子	家族構成：一人暮らし ・ 夫婦二人暮らし ・ 本人含む (3) 人暮らし
	介護サービスが必要な理由 (申請のきっかけ) ※Dr <input type="checkbox"/> ※変更の場合は変更の理由 歩行不安定なため福祉用具をかりたい。また認知症状がありデイサービスを利用したい。
	現病歴：例) 認知症・高血圧症 現在、治療中の病名を記入してください
	本人へ未告知の病名 (がんで余命数か月と言われている) 今後手術予定ありの場合 (月 日)
様子	聴力 (普通・やや遠い・耳元で大声で・全く聞こえない)
	視力 (普通)・見えにくい・ほとんど 該当する所を○で囲んでください
	認知症状 なし・年相応・あり <input checked="" type="radio"/> 受け答えはできますか はい・いいえ・筆談 <input checked="" type="radio"/> 調査特別室での聞き取りを希望 <input checked="" type="radio"/> する <input type="radio"/> しない

担当又は相談中のケアマネジャーがいればご記入ください
事業所名 () 担当名 () ・ いない

- ・新規申請の方 受たいサービスの種類にチェックをつけてください。
- ・更新申請の方 現在利用中のサービスの種類にチェックをつけ、利用曜日をご記入ください。
- ・変更申請の方 現在利用中のサービス内容を記入してください 付けてください。

サービスの種類 ()

<input type="checkbox"/> 訪問看護 ()	<input checked="" type="checkbox"/> 希望するサービスがありましたら☑してください	<input checked="" type="checkbox"/> 福祉用具貸与内容
<input type="checkbox"/> 訪問介護 ()	<input checked="" type="checkbox"/> デイサービス(週1回くらい)	歩行器・ベッド
<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ ()	<input type="checkbox"/> ショートステイ ()	<input type="checkbox"/> 住宅改修内容
<input type="checkbox"/> 訪問入浴 ()	<input type="checkbox"/> 小規模多機能ホーム ()	
<input type="checkbox"/> グループホーム(施設名：)	<input type="checkbox"/> 特定施設入居者介護(施設名：)	
<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 (施設名：)	

その他：

<認定調査について>

連絡先	フリガナ チョウシ ハナコ 氏名： 銚子 花子 (妻) 電話 0479-24-8755 携帯 090-1111-2222
	※連絡時の注意事項 (連絡がつきやすい時間や避けてほしい時間帯等) 記入漏れや間違いがあると連絡がとれず日程調整ができませんのでご注意ください
調査日	フリガナ 調査立会者：無・有 (連絡先と異なる場合は⇒氏名：) 本人との関係：)
	※事前の電話連絡で調査日程を決めさせていただきますので、立会者含めご都合の悪い日、曜日、時間帯がある場合は、ご記入ください。なお、調査は原則平日の日中、1時間程度を予定しています。 調査日程のご都合が悪い日時を記入ください
調査先	※表の申請書の住所と異なる場合のみご記入ください 住所： 銚子市若宮町1000 住民票の住所以外で調査する場合は記入してください 病院名又は施設名 (OO病 (入院中、施設入所中、家族の自宅など)
	※病院の場合： 南 病棟 10 階 1000 号室 調査員は車で伺います。駐車できる場所をご記入ください。(敷地内・隣の駐車場の赤い車の右隣) ペット(室内) いない <input checked="" type="radio"/> いる (犬3匹 猫2匹)