

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

申請書

(あて先) 合志市長

次のとおり申請します。

記入例

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号	0 0 0 0 X X X X X X	個人番号	△ △ △ △ △ △ △ △ △ △ △ △ △ △ △ △	
	医 療 保 険	保険者名	〇〇〇〇	保険者番号	× × × ×
		被保険者 記号・番号	記号 〇〇	番号	× × × ×
		枝番	〇〇		
	フリガナ	コウシ ●●	生年月日	昭和〇年 〇月 〇日	
	氏 名	合志 〇〇	性別	男 女	
	住 所	〒861-×××× 熊本県合志市×××-××			
		電話番号〇〇〇-××××			
	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	14日以内に他自治体から転入した方の み記入してください。	
			有効期間 平成・令和 年 月 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	※14日以内に他自治体から 転入した者のみ記入	転出元自治体(市町村)名〔 〕	現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 (既に認定結果通知書を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください) はい・いいえ		
	介護保険施設の名称等・所在地	入院・施設入所されている方はご記入く ださい。			
	介護保険施設の名称等・所在地	※入院中の場合は退院の目途が決まっ ているか(1~2ヵ月程)と転院予定がな いかを確認してください。			
	医療機関の名称等・所在地	〇×△病院			
有・無	医療機関の名称等・所在地	〇〇〇病院			

申請者氏名	合志 △△	被保険者との関係	妻
申請者住所	〒861-×××× 熊本県合志市×××-××		
提出代行者	該当に〇 (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)		

主治医	(フリガナ)	●● ●●
	主治医の氏名	〇〇 〇〇
	所在地	〒 ー

※必ずご記入ください。

定期的(1ヶ月に1~2回)受診されている医師をご記入ください。
※不定期受診や薬のみの処方受診されている場合、医師が意
見書を記入できない場合がありますので、受診をおねがいします。
また、受診の際、市より意見書の依頼があることをお伝えくだ
さい。

特定疾病名	
-------	--

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、認定調査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を、合志市が
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。

2号被保険者の場合、特定疾病名を必ずご記入ください。

本人氏名	合志 〇〇	
代筆者氏名	合志 花子	続柄 (妻)

※必ずご記入ください。

介護認定調査がスムーズに出来ますよう、お手数ですがご記入（回答）ください。

申請区分		☒ 新規 ☐ 更新						
本人についてお尋ねします	世帯状況等	☐ 同居家族有 ☐ ひとり暮らし ☐ 施設入所 ☒ 入院中						
	病名及び症状等	(詳しく記入してください) 脳梗塞後遺症（左完全麻痺） 歩行困難 介護が必要となった、病名（診断名）をご記入ください。						
	申請理由 (身体状態等) ※該当項目に ☒ チェックをしてください。	前回の認定調査時と比べて、状態に変化はありますか？（※新規申請の方はチェック不要です。） ☐ 無 ☐ 有：状態（ ①物忘れ等 ☒ 無 ☐ 有：状況（ ②歩行状態 ☐ 自立 ☐ 杖 ☐ 歩行器 ☒ 車椅子 ☐ その他（ ③食事摂取 ☒ 自立 ☐ 経管栄養 ☐ その他（ ④排泄 ☐ 自立 ☐ ポータブルトイレ ☒ オムツ ☐ その他（ その他 ☐ 利用希望のサービスにチェックまたは、ご記入ください。						
	現在利用中、又は今後利用したいサービス ※該当項目に ☒ チェックをしてください。	☒ ホームヘルプサービス ☐ デイサービス ☐ 通所リハビリ ☐ ショートステイ ☐ 福祉用具レンタル・購入（品目： ☐ 住宅改修（オモテの主治医の受診状況についてご記入ください。 ☐ 施設入所（※不定期受診や薬のみの処方を受診されている場合、医師が意見書を記入できない場合がありますので、受診をおねがいします。 また、受診の際、市より意見書の依頼があることをお伝えください。 その他						
	かかりつけ医	定期的に受診を（ ☐ していない ☒ している・・・最終診察日 令和〇年〇月〇日） （ ☐ 自宅 ☐ 施設 ☒ 病院 ☐ その他 ） ※自宅以外の場合は、下記に施設名や病院の病棟名等を必ず記入してください 〒861-11xx 合志市〇〇-xx 〇〇〇病院 施設(病棟)名： A病棟21号 電話番号 096-XXX-XXXX						
訪問調査先	在宅外は、どこで調査希望か必ず病院名(施設名)をご記入ください。							
駐車場の有無	（ ☒ 有 ☐ 無 ） ※調査員がとめることができる駐車場の有無を記載してください							
ペットの有無	（ ☐ 飼っていない ☐ 飼っている・・・屋内にいる ☐ 屋外にいる ）							
訪問調査時の同席者 （ ☒ 有 ☐ 無 ）	同席者氏名	合志 〇〇	本人との関係	妻				
	連絡先(電話番号)	096-XXX-XXXX	日中(8:30~17:00)	午前中				
	携帯電話	090-XXXX-XXXX	連絡の取れる時間帯					
訪 が あ て	新規申請および認知症など本人のみの調査が困難な場合、家族の同席をお願いします。				木	金		
	午後							
認定結果の送付先 (現住所と異なる場合 ご記入ください)	〒	—	現住所と送付先が異なる場合ご記入ください。					
同意書 個人番号（マイナンバー）の利用及び確認について同意します。 ※個人番号が確認できる個人番号カード等を持参する場合は不要です。 被保険者氏名 _____ 代筆者氏名 _____ 個人番号が確認できない場合記入してください。								
市 記 入 欄	被保険者証	資格者証	入力	番号確認	本人確認	代理権確認	代理人確認	受付者
	回収・未回収	発行・未発行	済・未	済・未	済・未	済・未	済・未	