

【記入例】

介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書

※次に該当するものに「✓」を記入してください。

新規 要支要介新規 更新 転入

柏原市長 様

介護保険者証・医療保険者証・マイナンバーカード等を確認しながらお間違えの無いようご記入ください。

介護保険 被保険者番号	0000123456	個人番号	123456789012
医療保険 被保険者名	大阪府後期高齢者医療広域連合		被保険者番号 39272216
医療保険 被保険者証 記号	後期高齢者医療広域連合の方は保険者 番号と番号のみの記入で結構です。		番号 01234567 -
フリガナ	カシワラ タロウ	生年月日	明・大・昭 ○年 □月 △日 (●●) 歳
氏名	柏原 太郎	性別	男 ・ 女
住所	〒582-8555 柏原市安堂町1-55 電話番号 072-972-1571		
前回の要介護 認定の結果等	要介護状態区分 1 2 3 4 5		要支援状態区分 1 2
	有効期間 年 月 日 から 年 月 日		
	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。 はい ・ いいえ (既に認定結果通知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」の場合、申請日 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	介護保険施設の 名称等・所在地	期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	介護保険施設の 名称等・所在地	申請時に医療機関に入院中の方や介護保険 施設に入所中の方はご記入ください。	
	医療機関等の 名称等・所在地	期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	医療機関等の 名称等・所在地	柏原病院	期間 6年 8月 1日 ~ 年 月 日

提出代行者	氏名 または 名称	該当に○(親族)・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 ・指定介護療養型医療施設・介護医療院 柏原 一郎 【被保険者との関係： 息子】
	住所	〒 同上 ※申請者と同じ場合 代理事業者が申請する場合、本人の介護保険被保険者証 が必要です。委任された場合は委任状で代替が可能です。 4-5678

主治医	主治医の氏名	大阪 淀子 Dr	医療機関名	柏原病院
	所在地	〒 こちらに記載いただいた医師に主治医意見書を依頼します。 申請の際に記入してもらえるかご確認をお願いします。		

第二号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入。 ※必ず医療保険者証をご提示ください

特定疾病名	例) 脳血管疾患、がん、脊柱管狭窄症など
-------	----------------------

介護サービス計画又は介護予防サービス計画、介護予防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、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。また、更新申請について、現在、本人が署名できない場合は、代筆でも結構です。

市記入欄	証回収	未・済	／
------	-----	-----	---

※済の場合

本人氏名	柏原 太郎
------	-------

※必ずご記入をお願いします

訪問調査について

要介護(支援)認定のために、被保険者様のところや身体のご家庭等におうかがいしてお聞きします。

訪問調査に先立って、調査の参考にさせていただきますので

ご入院中、施設ご入所中の方に関しましては
病院・施設との直接調整を推奨しております。
調査が可能かどうか、日程調整をどなたとす
れば良いか事前にご確認ください。

1. 訪問調査日の調整について、調査員からお電話させていただきます。

かしわら いちろう

(1)連絡者氏名 **柏原 一郎**

(本人との続柄 **長男**)

(2)日中、連絡可能な電話番号

0 7 2 - 9 7 2 - △ △ × ×

(3)携帯電話番号等

0 9 0 - 1 2 3 4 - △ △ × ×

2. 訪問調査日について、調査に都合の悪い日・時間はありますか。

(調査員とお電話で日程調整していただきますので、現時点で分かる範囲で結構です。)

(1)特に都合の悪い日はない

②都合の悪い日がある
(都合の悪い曜日・時間帯
に×を書いてください。)

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
午前		×			
午後				×	

※調査員がおうかがいできるのは平日の午前9時から午後4時までになりますので、ご了承ください。

3. 訪問調査はどちらにおうかがいすればよろしいですか。

在宅(住民票の住所地)

病院入院中・介護施設等入所中

住所地以外の居所

入院されている方は病院の名称と号室も記入してください。

住所

(1)病院又は施設の名称〔 柏原病院 ○△□号室 〕

(2)現在入っている病院・施設から移る予定はありますか。

未定 ⇒ 3週間以上は入院・入所している

3週間以内に退院・退所になりそう

退院・退所予定あり

_____年 _____月 _____日頃に退院・退所予定

転院・施設入所予定あり

_____年 _____月 _____日頃に_____病院へ

_____施設へ

申請書に記入した主治医への受診状況

(1)最終受診 △△年 △×月頃

(2)次回受診 △△年 △○月頃

※最近2カ月の間に受診していない場合は、早めに受診をお願いいたします。

4. 調査当日に、どなたか同席を希望される方はいますか。

①いる〔同席者 (家族)・民生委員・施設関係者・訪問介護員・その他()〕

(2)いない

5. 被保険者様の意思を調査員に伝えるために、手話通訳士の同席が必要ですか。

①必要でない (2)必要である〔具体的に_____〕

6. その他認定調査に関して、調査員が注意すべきことがありましたら、その内容をご記入ください。

家族等連絡先

(住所)〒

(氏名)

(続柄)

(電話番号)