

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）相生市長

次のとおり申請します。

申請年月日

年 月 日

被 保 険 者	被保険者番号												個人番号											
	医 療 保 険	保険者名	<input type="checkbox"/> 兵庫県後期高齢者医療広域連合 <input type="checkbox"/> 相生市（国保加入の方） <input type="checkbox"/> その他（ ）										保険者番号											
		被保険者等記号・番号	記号					番号					枝番											
	フリガナ		-----										生年月日		年 月 日									
	氏名												生年月日		年 月 日									
	住所		〒										電話番号											
	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 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											
		※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 「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		期間 年 月 日～ 年 月 日																				
医療機関等の名称等・所在地		期間 年 月 日～ 年 月 日																						
有 ・ 無		医療機関等の名称等・所在地										期間 年 月 日～ 年 月 日												

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）																		
	住 所	〒										電話番号								

主 治 医	主治医の氏名											医療機関名										
	所在地	〒										電話番号										

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

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判定結果・意見、及び主治医意見書を相生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した調査員に提示することに同意します。

本人氏名 _____

1. 調査曜日・時間（ご都合の良いところ全てに○をつけて下さい。）

時間\曜日	月	火	水	木	金
9:30					
13:30					

市記入欄

調査日時		/ () : ~	
調査場所	自宅		
	施設		
	病院	階	病棟
	居所		
駐車場所			

2. 調査同席者（番号に○をつけて下さい。）

1	なし	2	家族	3	担当 ケアマネ	4	その他 ()
---	----	---	----	---	------------	---	------------

*体調など日によって状態の変化の大きい場合などは必ず同席願います。

3. 調査の連絡先（本人連絡先と異なる場合にご記入下さい。）

氏名		続柄	
住所		電話	

4. 認定をうける方について（番号に○をつけて下さい。）

歩行	1. できる 2. つかまれば可 3. できない	食事摂取	1. できる 2. 一部介助 3. 全介助	排泄行為	1. できる 2. 一部介助 3. 全介助
着衣の脱着	1. できる 2. 一部介助 3. 全介助	買い物	1. できる 2. 一部介助 3. 全介助	認知症状	1. なし 2. あり 専門医受診 有・無
事業対象者の認定		1. あり 2. なし	事故等が原因による申請		1. はい 2. いいえ
今回の申請事由	1. 認知症 2. 転倒 3. 整形疾患 4. 脳血管疾患 5. その他の疾患 6. 加齢による ADL 低下				
申請前の状況	1. 通いの場等に参加（週に1回以上外出） 2. 通いの場等に不参加				

5. その他、調査時に気をつけて欲しいことなどありましたらご記入下さい。

--

6. 最後に主治医の診察を受けたのはいつ頃ですか、または次の受診予定はいつ頃ですか。

令和 年 月 日 頃受診	令和 年 月 日 受診予定	<input type="checkbox"/> 入院中
--------------	---------------	------------------------------

7. 現在利用しているサービス、今後利用したいサービスについて（番号に○をつけて下さい。）

1	訪問介護(ヘルパー)	2	訪問入浴	3	訪問看護	4	訪問リハビリ
5	居宅療養管理指導	6	通所介護(デイサービス)	7	通所リハ(デイケア)	8	福祉用具貸与・購入
9	短期入所(ショートステイ)	10	グループホーム	11	特定施設入所者生活介護	12	(看護)小規模多機能型居宅介護
13	住宅改修	14	介護老人福祉施設	15	介護老人保健施設	16	介護療養型医療施設

8. 認定結果の送付先（本人住所と異なる場合にご記入下さい。）

氏名		続柄	
住所		電話	