

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

記入例

裏面も必ずご記入お願いします！

申請年月日												年 月 日													
介護保険 被保険者番号											1	0	0	0	1	2	3	4	5	6	個人番号				
医療 保険	保険者名 川越市				保険者番号 00110015																				
	被保険者 記号番号		記号 123		番号 4567		枝番 01																		
フリガナ		カワゴエ タロウ				生年月日				年齢															
氏名		川越太郎				<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女		明・大・昭 ○年○月○日				満○○歳													
住所 (住民登録地)		〒350-0062 川越市元町1丁目3番地1								電話番号 ○○○(○○○)○○○○															
前回の要介護 認定の結果等		要介護状態区分 1 2 <input checked="" type="radio"/> 3 4 5				要支援状態区分 1 2																			
		有効期間 令和 ○年 ○月 ○○日 から 令和 ○年 ○月 ○○日 まで																							
		※14日以内に他 市区町村から転入 した方のみ記入し てください。				転出元の市区町村名[] 現在、転出元の市区町村に要介護・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方は、「いいえ」に○をつけてください。) はい(申請日 年 月 日) ・ いいえ																			
		医療機関又は施設 に入院・入所 <input checked="" type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない		入院・入所施設名				特別養護老人ホーム ○○○○				病室		○○○号室											
所在地				〒350-0000 川越市○○町○丁目○番地○ 電話番号 ○○○(○○○)○○○○																					

主治医	主治医氏名				埼玉一郎				医療機関名				○○病院			
	所在地				〒350-0000 川越市○○町○丁目○番地○ 電話番号 ○○○(○○○)○○○○											
	定期受診の有無				<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無											

眼科や皮膚科等の場合は、医師に主治医意見書の作成が可能か事前に確認してください。

提出代行者 (家族等)	氏名				川越花子				続柄				妻			
	住所				〒350-0062 川越市元町1丁目3番地1 電話番号 ○○○(○○○)○○○○											
提出代 事業者	該当に○(地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・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)															
住所	〒				電話番号 ()											

第2号被保険者(40歳以上65歳未満の医療保険加入者)の方は、次の欄を記入してください。また、医療保険被保険者証を提示してください。

特定疾病名	
-------	--

私は、介護サービス計画若しくは介護予防計画を作成するために必要がある場合又は主治医意見書を記載した医師が希望した場合には、要介護認定申請書と併せて主治医意見書を、川越市から地域包括支援センターへ提出させていただきます。また、医療保険被保険者証(写)を持参(同封)してください。

受領者	『介護保険被保険者証』をお持ちの方は、 当申請書と一緒に持参(同封)してください。			規

本人氏名 川越太郎

代筆(妻) 川越花子

要介護認定が円滑に行えるように、下記について記入のご協力をお願いいたします。

1 今回申請した理由について

【新規・更新申請の方】	<input checked="" type="checkbox"/> サービスを利用するため <input type="checkbox"/> 用心のため <input type="checkbox"/> その他()
【要介護度の区分を変更したい方】	

2 調査に同席される方はいますか？

<input checked="" type="checkbox"/> 同席する <input type="checkbox"/> 同席しない

3 【調査に同席される方がいる場合のみ記入】

同席する方の平日の日に連絡が取れる電話番号を、連絡する優先順に記入してください。

① 氏名(川越 花子)続柄(妻)	☎	090-0000-0000	【自宅・職場・携帯】
	☎	-	【自宅・職場・携帯】
② 氏名()続柄()	☎	-	【自宅・職場・携帯】
	☎	-	【自宅・職場・携帯】

4 調査場所について

<input checked="" type="checkbox"/> 川越市内の自宅 (住民票上の住所)		
<input type="checkbox"/> 入院・入所中で退院・退所の予定なし		
<input type="checkbox"/> 入院・入所中で退院・退所 (転院・転所) 予定あり (月 日予定 ・ 未定)		
<input type="checkbox"/> 転院・転所予定先	→	①名称: _____ ②☎: _____
<input type="checkbox"/> 上記以外の場所		③住所: _____

5 今後、1ヶ月の間で外泊 (ショートステイの利用等) や入院する予定はありますか？

<input checked="" type="checkbox"/> ある → 4月1日 ~ 4月3日	名称: 特別養護老人ホーム ○○○ 住所: 川越市○○町○丁目○番地○
<input type="checkbox"/> ない	

6 調査に伺うのに都合の悪い日はいつですか？該当する時間帯に○をつけてください。

月 (午前・午後)	火 (午前・午後)	水 (午前○ 午後○)	木 (午前・午後)	金 (午前○ 午後○)
-----------	-----------	-------------	-----------	-------------

7 調査の希望について該当するものに ✓ をつけてください。

<input type="checkbox"/> 介護認定の調査だとわからないように調査してほしい
<input checked="" type="checkbox"/> 本人の前で話しづらい内容があるので、別室で聞き取りをしてほしい
<input type="checkbox"/> 手話通訳 <input type="checkbox"/> 筆談 → (<input type="checkbox"/> 認知症のこと <input checked="" type="checkbox"/> 病気のこと <input type="checkbox"/> その他)

8 調査にあたり、事前に伝えておきたいこと

<p><例> ある・・・自宅敷地内、庭、賃貸駐車場○番 など</p>
--

9 調査場所付近に駐車場所はありますか？

<input checked="" type="checkbox"/> ある (場所: 自宅庭) <input type="checkbox"/> ない

10 次回の医療機関 (主治医) 受診予定日

4月○○日

11 居宅介護支援事業所又は地域包括支援センターへご相談されている方は記入してください。

事業所名	〇〇居宅介護支援事業所	ケアマネジャー氏名	埼玉 花子
------	-------------	-----------	-------