

介護保険(要介護認定・要支援認定)申請書
(新規 更新 区分変更 変更新規 転入)

四街道市長 様
次のとおり申請します。

年 月 日

被 保 険 者	被保険者番号		個人番号		
	フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日	
	氏名		性別	男・女	
	住所	〒 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 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 転出元自治体名(市・町・村) 要介護・要支援認定を申請中の場合、申請日 年 月 日			
	変更申請の理由 *該当者のみ				
	過去6月間の 介護保険施設・ 医療機関等入院 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	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・指定介護療養型医療施設、介護医療院) ☎ 電話番号
-------	--

主治医	医療機関名		医師氏名	
	所在地	〒 (電話番号)		

2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入)のみ記入 ※ 医療保険被保険者証の写しを添付してください。

医療保険者名		医療保険被保険者証	記号	番号
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四街道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 _____ 代筆者氏名 _____ (続柄 _____)

調査の同席	同席される方の氏名・続柄・連絡先		
有・無	氏名 (続柄: _____)	日中、連絡がつく電話番号を記入してください。 TEL: _____	

※ 申請時に介護保険被保険者証を添付してください。

裏面も記入ください

※あてはまるところに☑をつけて各項目に必要事項をご記入ください。

被保険者 本人氏名		記入者 氏名		被保険者 との関係	
--------------	--	-----------	--	--------------	--

訪問調査 場所	<input type="checkbox"/> 現住所地	<input type="checkbox"/> 現住所地以外(下へ施設名、住所等を記入)	駐車場の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	例)〇〇病院 東棟 2階		

現在、継続して診察やリハビリを受けている病名・疾病名と 最終受診日・次回受診予定日・受診頻度をお書きください。	
病名・疾病名 (例)高血圧	最終受診日・次回受診予定日
	受診頻度

現在の世帯状況についてあてはまるところに☑をつけてください。	
<input type="checkbox"/> 一人暮らし	<input type="checkbox"/> 夫婦のみ
<input type="checkbox"/> 家族等と同居	<input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 家族と同居しているが、日中は一人	

最近1ヶ月の体の様子について、 あてはまるものすべてに☑をつけてください。
<input type="checkbox"/> 身の回りのことはおおむね自分でやっている
<input type="checkbox"/> 移動には杖や歩行器、車いすが必要
<input type="checkbox"/> 入浴に手助けが必要
<input type="checkbox"/> 排泄時に手助けが必要
<input type="checkbox"/> 着替えには手助けが必要

最近1ヶ月の物忘れ等の様子について、 あてはまるものすべてに☑をつけてください。
<input type="checkbox"/> 物忘れや周囲が対応に困るような行動はない
<input type="checkbox"/> 多少の物忘れはあるが、日常生活に支障がない
<input type="checkbox"/> 金銭管理や薬の管理が一人ではできない
<input type="checkbox"/> 食事や排泄行為の手順が分からない
<input type="checkbox"/> 妄想、興奮、問題行動にて意思疎通ができない

その他事項があれば記入してください。(申請経緯、調査時注意すること、調査員に伝えたいこと など)

あてはまるところに☑して前回の認定を受けた時と比べて変わったことがあれば下に記入してください。 ※新規申請以外の方は記入してください
前回の認定を受けた時と比べて <input type="checkbox"/> 軽快傾向 <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 初めての申請
例)リハビリで動けるようになった、物忘れが増えた など

利用中または利用希望のサービスを☑してください。※利用中のサービスについては、()に曜日や時間帯も記入
<input type="checkbox"/> ホームヘルパー () <input type="checkbox"/> 施設への入所(施設名:)
<input type="checkbox"/> デイサービス () <input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> ショートステイ ()
<input type="checkbox"/> 福祉用具の購入、レンタル ()

市記入欄				
保険証回収	マイナンバー確認書類	身分証明確認書類	代理権確認書類	受付
有・無	有・無	有・無	有・無	