

様式第3号（第4条第1項、第2項及び第3項）※申請時には必ず介護保険被保険者証を添付してください。

いづれかの□にチェック

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	0 0 0 0 △ △ △ △ △ △	個人番号	△ △ △ △ △ △ △ △ △ △ △ △	
	フリガナ	ヨツカイドウ ハナコ		生年月日	明・大・昭 年 月 日
	氏名	四街道 花子		性別	男 ・ 女
	住所	〒 284-00△△ 四街道市〇〇		電話番号	043-〇〇〇-〇〇〇〇
	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	転入された方のみ記入				
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	〇〇ホーム 四街道市〇〇	期間	〇年 〇月 〇日～ 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	〇〇病院 四街道市〇〇	期間	〇年 〇月 〇日～ 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 いづれかに○					

新規申請の方は記載不要

転入された方のみ記入

提出代行者	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・指定介護療養型医療施設、介護医療院) 本人・家族が申請する場合は記入不要。 ⑩ 電話番号
-------	---

主治医	医療機関名	〇〇 病院	医師氏名	〇〇科 〇〇(主治医の氏名記入)
	所在地	〒 〇〇市△△	(電話番号)043-〇〇〇-〇〇〇〇	

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 四街道 花子 代筆者氏名 四街道 太郎 (続柄 家族または後見人)

調査の同席	同席される方の氏名・続柄	
有・無 いづれかに○	氏名 四街道 太郎 (続柄: 夫)	※調査に同席される方の連絡先をご記入下さい。

申請時に介護保険被保険者証を添付してください。

※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	四街道 花子	記入者 氏名	四街道 太郎	被保険者 との関係	長男
--------------	--------	-----------	--------	--------------	----

訪問調査 場所	<input type="checkbox"/> 現住所地	<input checked="" 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
		例)〇〇病院 東棟 2階 〇〇病院 東棟 3階	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

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
高血圧・糖尿病 右大腿骨骨折	○月△日 ●月□日 受診頻度 月1回

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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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)
申請経緯(病院の勧めなど)や調査時の注意事項、ほかの項目の補足など

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 checked="" 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
身体面や物忘れ、生活環境(居住場所や世帯状況)の変化など

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 checked="" type="checkbox"/> ホームヘルパー (火曜日・金曜日)	<input type="checkbox"/> 施設への入所(施設名:)
<input checked="" type="checkbox"/> デイサービス (水曜日)	<input checked="" type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> ショートステイ ()	・ 訪問看護(月曜日)
<input checked="" type="checkbox"/> 福祉用具の購入、レンタル (四点杖)	・ 手すり取付工事

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	