

※ピンク色の被保険者証と一緒に提出してください。医師意見書用紙は申請後お渡しします。

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

市川町長 様
次のとおり申請します。

※申請者が被保険者本人の場合申請者住所・電話番号は記載不要		申請年月日	令和 元年 5月 1日
申請者氏名	※窓口にくられた方 市川 次郎	本人との関係 (続柄)	※被保険者から見た申請者 本人(家族(続柄 子)) その他(下記に記入)
提出代行 事業者名称	該当に○(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) 介護保険施設やケアプラン作成事業者等の代理提出の場合記入		
申請者住所	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ 〒 市川町西川辺165-3 電話番号 0790-26-1010		

被 保 険 者	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3		
	被保険者 番号	0 0 0 0 0 0 1 2 3 4		
	フリガナ	イチカワ タロウ	生年月日	明治・大正・昭和 元年 5月 1日
	氏名	市川 太郎	性別	男 ・ 女
	住所	〒 市川町西川辺165-3 電話番号 26-1010		
	前回の要介護認定の結果等 *事業対象・要介護・要支援更新認定の場合のみ記入	事業対象者 要支援状態区分 1 2 要介護状態区分 1 2 3 4 5	更新時には前回の結果が必要です	
	介護保険施設等 入所の有無 (短期入所を除く)	有 入所施設名 特別養護老人ホーム等の名前 (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) 所在地 無 (病院など医療機関に入院されている場合) 年 月 日 入院(予定) 年 月 日 退院予定		

主治医	主治医の氏名	〇〇先生	医療機関名	〇〇病院
	所在地	〒 電話番号		

2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

医療保険者	医療保険被保険者証記号番号
特定疾病名	

介護サービス計画を作成する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に提示することに同意します。主治医から認定審査会の判定結果の提示依頼があった場合、提示に同意する。
本人氏名 市川太郎

訪問調査等についての留意項目等記入欄

(下記の項目についてご記入もしくは該当するところに☑を入れてください。)

希 望 日 時 等	<p>① 申請書を受理した後、訪問調査に伺います。ご希望の日をご記入ください。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ <input checked="" type="checkbox"/> 特に希望はなし ・ 第1希望日 月 日 () 午前 午後 ・ 第2希望日 月 日 () 午前 午後 <p>② 通院・デイサービス利用などの定期的な外出予定、ショートステイ利用などの長期の不在予定等をご記入ください。</p> <p><input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (毎週火曜日と金曜日はデイサービス)</p> <p>③ 配慮すべき点</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 30%; border: none;"><input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無</td> <td style="border: none;"> <input type="checkbox"/> 電話に出るのに時間がかかる。 <input type="checkbox"/> ファックス対応が必要 (Fax 番号:) <input type="checkbox"/> その他 () </td> </tr> </table> <p>※ 連絡するとご迷惑になる時間帯や電話番号など配慮すべき事柄があればご記入ください。</p>	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 電話に出るのに時間がかかる。 <input type="checkbox"/> ファックス対応が必要 (Fax 番号:) <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 電話に出るのに時間がかかる。 <input type="checkbox"/> ファックス対応が必要 (Fax 番号:) <input type="checkbox"/> その他 ()		
訪 問 調 査 先 情 報	<p>④ 調査先及び立会いについて</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 訪問調査先 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅 ・ <input type="checkbox"/> 施設 ・ <input type="checkbox"/> 病院 ・ <input type="checkbox"/> その他 ● 立会いの有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (下記に予定者氏名を記入してください) <input type="checkbox"/> 無 <p>立会い予定者名: <u>ひまわり 次郎</u> (被保険者との関係 <u>子</u>)</p> <p>◎ 自宅以外の場合は、施設等の住所・名称・電話番号等を下欄に記入してください。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 住所 ・ 名称 ・ 病棟/部屋番号 病棟 階 号室 ・ 電話番号 _____ () ・ 担当者名 _____ <p>⑤ 調査に伺う際の連絡事項</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 30%; border: none;"><input type="checkbox"/> 有 (右に記入) <input checked="" type="checkbox"/> 無</td> <td style="border: none;"> <ul style="list-style-type: none"> ・ 駐車場について () ・ その他 (※玄関まで出てこられないなど) <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div> </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 有 (右に記入) <input checked="" type="checkbox"/> 無	<ul style="list-style-type: none"> ・ 駐車場について () ・ その他 (※玄関まで出てこられないなど) <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div>
<input type="checkbox"/> 有 (右に記入) <input checked="" type="checkbox"/> 無	<ul style="list-style-type: none"> ・ 駐車場について () ・ その他 (※玄関まで出てこられないなど) <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div>		
申請者 以外の 連絡先	<p>住所</p> <p>氏名</p> <p>被保険者との関係 電話番号 ()</p>		

※細処理欄 (申請者の方へ記入しないでください。)

備考	受付時間 (:) 受付者氏名 ()
主治医意見書	①. 郵送 2. 手渡し (申請者 ケアマネ) 3. その他
	送達日: 令和 年 月 日 再送達: 令和 年 月 日
	受理日: 令和 年 月 日