

記入例

介護保険要介護認定・要支援認定申請書

刈谷市長
次のとおり申請します。

申請年月日 平成 30 年 8 月 1 日

申請区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input checked="" type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 区分変更 <input type="checkbox"/> 要支援者の要介護新規申請 <input type="checkbox"/> 転入															
被保険者 (サービスを受ける本人)	被保険者番号	0	0	0	0	0	8	8	8	8	8	個人番号				
	フリガナ	チョウジュ タロウ														
	氏名	長寿太郎										昭	14年12月25日			
	住所	刈谷市東陽町1丁目1番地										男	女			
	前回要介護認定結果等	非該当・要支援()・要介護(2)					有効期間	平成29年8月15日から平成30年8月31日まで								
	他自治体から転入した場合	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。		はい・いいえ		
申請の理由	新規・変更の場合に心身の状況の変化など原因となったことを記入してください。															
現在入院・入所中の場合 (短期入所は除く。)	医療機関・施設名	刈谷長寿病院					入院・入所日病室	平成28年12月20日 1棟5階 301号室								
	所在地	刈谷市〇〇町〇丁目〇〇番地					退院・退所予定	無有(3月20日)								
主治医	医療機関名	刈谷長寿病院			主治医名	高齢 一郎			最終受診日	月 日						
	所在地	刈谷市〇〇町〇丁目〇〇番地					電話番号(0566)〇〇-〇〇〇〇									

本人の申請に関する判断が困難等で、事業者が代行する場合、個人番号は記載しない

第2号被保険者(40歳から64歳の医療保険) 医療保険被保険者証を提示してください。

特定疾病名 申請者は被保険者本人

申請者	フリガナ	チョウジュ タロウ													
	氏名	長寿太郎										本人との係	本人		
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 本人と同じ													
提出代行者 (事業者の名称及び事業者印)	地域包括支援センター 居宅介護支援事業者 (地域密着型介護サービス事業者 介護老人保健施設 介護療養型医療施設 介護医療院)										電話番号(0566) 〇〇-〇〇〇〇	担当者氏名(〇〇〇〇)			
刈谷長寿居宅介護支援事業所 (印)															

事業者の名称、担当者氏名等を記載し、事業者印を押印

訪問調査を行いますので、予定等を記入してください。 ※入院・入所中の場合等、施設職員等に調査項目を確認します。

訪問調査	調査場所	1 本人の住所地 (2) 1以外(刈谷長寿病院)															
	立会人	1 無 (2) 有	氏名(□申請者と同じ) 続柄					連絡先	氏名(続柄) 電話番号								
		長寿 陽子 妻					□ 申請者と同じ (0565) 〇〇-〇〇〇〇 長寿 陽子 (妻) () () -										
	な定	通院、透析、訪問看護、デイサービス、ヘルパー、立会い人の予定などを記入してください。															
予期	本人：月・水・金はデイサービス利用 火の11~12時はヘルパー利用																
定的	立会人：木は午前中不在																
連絡事項	事前に伝えておきたいことがあれば、記入してください。 ・本人にはガン末期であることは未告知。 ・前回更新時より認知症による問題行動多い。 ・昨年12月に大腿骨骨折し、歩行困難。																

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営及び高齢者福祉事業の実施のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る訪問調査、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書の内容を、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、地域密着型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、訪問調査に従事した調査員又は当該事業の関係機関に情報提供することに同意します。

本人氏名 長寿 太郎 (代筆者氏名 長寿 陽子 本人との関係 妻)