

申請書の記入例

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

茨城県石岡市長 様
次のとおり申請します。

申請年月日 ○ ○ 年 ○ ○ 月 ○ ○ 日

申請年月日を記入してください。

介護保険被保険者番号	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12																								
医療保険被保険者証	記号	番号	支番号																								
フリガナ	イシオカ ハナコ		生年月日 明・大・ <input checked="" type="radio"/> 2年 1月 1																								
氏名	石岡 花子		性別 男・ <input checked="" type="radio"/> 女																								
住所	〒315-8790 石岡市石岡一丁目1番地1		電話番号 0299-23-1111																								
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	有効期限 年 月 日 から 年 月 日																								
変更申請の理由	<table border="1"> <tr> <th>介護保険施設の名称等・所在地</th> <th>期間</th> <th>年</th> <th>月</th> <th>日</th> <th>～</th> </tr> <tr> <td>介護保険施設の名称等・所在地</td> <td>期間</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日</td> <td>～</td> </tr> <tr> <td>医療機関等の名称等・所在地</td> <td>期間</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日</td> <td>～</td> </tr> <tr> <td>医療機関等の名称等・所在地</td> <td>期間</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日</td> <td>～</td> </tr> </table>			介護保険施設の名称等・所在地	期間	年	月	日	～	介護保険施設の名称等・所在地	期間	年	月	日	～	医療機関等の名称等・所在地	期間	年	月	日	～	医療機関等の名称等・所在地	期間	年	月	日	～
介護保険施設の名称等・所在地				期間	年	月	日	～																			
介護保険施設の名称等・所在地				期間	年	月	日	～																			
医療機関等の名称等・所在地				期間	年	月	日	～																			
医療機関等の名称等・所在地	期間	年	月	日	～																						
過去6日間の介護保険施設に入所	有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>	どちらかに○をつけてください。	入所施設、入院した病院を記入してください。																								

被保険者本人のマイナンバーを記入してください。

区分変更をする理由や状態の変化について記入してください。

どちらかに○をつけてください。

入所施設、入院した病院を記入してください。

提出代行者の名称	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
提出代行者の住所	〒

かかりつけの医療機関について記入してください。

主治医の氏名	茨城 太郎	医療機関名	石岡医院
所在地	〒315-0001 石岡市石岡一丁目1番地1	電話番号	

40歳～64歳の方は指定される16種類の特定疾病名の記入が必要です。医療被保険者証の提示または写しを添付してください。また、医療保険の情報を上部の医療保険欄に詳細を記載してください。

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、要介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を、石岡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者に提出し、同意を求めます。

本人氏名 石岡 花子 必ず本人の氏名を記入してください。

申請書の記入例(裏面)

介護保険 認定申請 状況質問票

申請書を記入した方または窓口に来た方の情報を記入してください。

窓口に来た方		本人との続柄
電話番号	-	-

◎認定調査の日時等の調整・連絡のために、記入してください。

調査連絡先について記入してください。

調査連絡先	フリガナ		本人との続柄		調査同席希望	あり・なし
	氏名					
	電話番号	-	-	連絡希望時間帯		頃から
	(携帯番号)	-	-			頃まで
調査時に注意してほしいこと						
市が委託した事業所での調査 <input type="checkbox"/> 可 (後日事業所から連絡があり、日時を調整します) ※更新・区分変更申請のみ <input type="checkbox"/> 不可 (市の調査員が調査します)						

◎更新対象者の状況について該当するところに記入してください。

本人の現在の所在及び状況を記入してください。

所在・状況	<input type="checkbox"/> 在宅	<input type="checkbox"/> 自分の家 <input type="checkbox"/> 住所の違う家族等の家()				
	<input type="checkbox"/> 施設	<input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 介護療養型 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> その他施設 (施設名)				
	<input type="checkbox"/> 入院	(病院名)				
		退院予定 <input type="checkbox"/> 有 (月 日頃) <input type="checkbox"/> 無 退院後の予定(希望) <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> 転院 <input type="checkbox"/> 未定				
家庭状況		<input type="checkbox"/> 家族有 (主な介護者:) <input type="checkbox"/> 独居				

本人の身体状況・生活状況について簡単に記入してください。

歩行	1.自分で歩ける	2.介助すれば歩ける(杖・歩行器等)	3.歩けない
食事	1.自分で食べられる	2.介助すれば食べられる	3.食べられない
排泄	1.自分でできる	2.介助すればできる	3.おむつ使用 4.紙パンツ使用
入浴	1.自分で入れる	2.介助があれば入れる	3.清拭 4.入浴できない
認知症状の有無	1.ない 2.ある(具体的な症状)		

●申請(新規)の理由 ・ 困っていること ・ 最近の変化 ・ その他

◎現在受けているサービス(又は受ける予定のサービス)について記入してください。

<input type="checkbox"/> 利用あり	<input type="checkbox"/> 利用なし	理由()
<input type="checkbox"/> 担当ケアマネ	担当者名() 事業所名()	
<input type="checkbox"/> 日帰りサービス	月火水木金土日 その他 事業所名()	
<input type="checkbox"/> 訪問サービス	月火水木金土日 その他 事業所名()	
<input type="checkbox"/> ショートステイ	約 日/月 事業所名()	
<input type="checkbox"/> 住宅改修	あり・なし	<input type="checkbox"/> 福祉用具レンタル あり・なし <input type="checkbox"/> 福祉用具購入 あり・なし

◎第三者行為(交通事故等)に該当する方は記入してください。

事故発生日	年 月 日	示談の有無	1.無 2.有(示談日 年 月 日)
-------	-------	-------	--------------------

保険者確認欄	受付区分	石・八(口窓口 口郵送)	届出者	身元確認	番号確認
	記入不要				
			<input type="checkbox"/> 使者	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援専門員証	<input type="checkbox"/> 番号閲覧 <input type="checkbox"/> 了承済