

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

大田原市長

様 該当するものに☑をしてください

申請年月日

次のとおり申請します。

新規 更新 要支援からの新規申請 転入

令和 年 月 日

被 保 険 者	介護保険被保険者番号										個人番号										
	医療 保 険	保険者名										保険者番号									
		被保険者証					記号					番号					枝番				
	フリガナ										生年月日										
	氏名										性別										
	住所										電話番号										
	前回の要介護認定の結果等										有効期間										
	※要介護・要支援更新認定の場合のみ記入										転出元自治体(市町村)名 [ ]										
※14日以内に他自治体から転入した者のみ記入										現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 (既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください) はい ・ いいえ 「はい」の場合、申請日 年 月 日											
過去6月間の介護保険施設医療機関等入院、入所の有無(○を)										入院・入所の期間											
有										入院・入所施設名											
無										所在地											
										現在も入院・入所中											

(提 申 出 代 理 者)	氏名(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・指定介護療養型医療施設・介護医療院)個人の方はフリガナを										担当者名( )									
	住所	〒										電話番号									

主 治 医	氏名	診療科( )科										医療機関名										直近の受診日： 月 日									
	所在地	〒										電話番号																			

第二号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

※医療保険証のコピーが必要です。

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。

決 裁	課長	係長	係	入力	資格証	保険証
						有 無

本人氏名

代 筆

# 訪問調査の参考にいたしますので、ご記入ください。

## ① 訪問調査場所

自宅（訪問調査実施場所が住民票住所と違う場合はその他に記入してください）  
 ※認定調査員が訪問時に駐車する場所がありますか  有  無

病院 \_\_\_\_\_ 病院 \_\_\_\_\_ 棟 \_\_\_\_\_ 階 \_\_\_\_\_ 号室

施設等 名称等：\_\_\_\_\_ TEL：\_\_\_\_\_

その他 住所等：\_\_\_\_\_

## ② ご家族構成ならびに訪問調査時同席

1. 家族構成  
 同居家族なし  
 同居家族あり /  配偶者  子  子の配偶者  孫  その他（\_\_\_\_\_）

2. 主な介護者 /  配偶者  子  子の配偶者  孫  その他（\_\_\_\_\_）

3. 訪問調査時同席  
 希望しない  希望する /  配偶者  子  子の配偶者  孫  その他（\_\_\_\_\_）

4. 訪問調査の日程調整の連絡先  
 氏名：\_\_\_\_\_ 続柄（\_\_\_\_\_） 固定電話：\_\_\_\_\_

5. 訪問調査にあたり、ご都合の悪い時間帯に✕を記入してください 携帯電話：\_\_\_\_\_

特になし 連絡のとれる時間

ある

	月	火	水	木	金
午前					
午後					

特になし  あり（\_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ ~ \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_）

※ 23-8927・23-8678 から着信があります。  
 着信可能な状態にしてください。

## ③ 心身機能の状況

運動機能等の低下がある  
 (症状等)

認知機能等の低下がある  
 (症状等)

## ④ 利用希望・現在利用中の介護保険サービス

デイサービス  デイケア  
 訪問介護  訪問リハビリ  
 住宅改修  福祉用具レンタル  
 その他  
 [ \_\_\_\_\_ ]

## ⑤ 過去6月間以内に入院歴のある方（退院済みの方は1のみ）

1. 入院理由：(疾患名等) \_\_\_\_\_

2. 退院予定： 予定なし  予定あり [ \_\_\_\_\_ ]

3. 退院後予定： 在宅  転院  施設入所  その他 [ \_\_\_\_\_ ]

## ⑥ 現在通院中の方

1. 最終受診日： 1か月以内  3か月以内  4か月以上前

2. 通院理由：(定期通院等) \_\_\_\_\_

3. 主治医への連絡： 済  未済（未済の方は主治医への連絡をお願いします。）

## 【変更申請の理由・第三者行為・その他】

\_\_\_\_\_

### ※市記入欄

受付日		
確認事項	<input type="checkbox"/> 身元確認	取扱者
	<input type="checkbox"/> 番号確認	
<input type="checkbox"/>	番号職権記載	