記載例

項

区分変更申請の際は、いずれか 一つを選択してください。

申請書には、認定を受ける人の 「介護保険被保険者証」を添付してください。

介護保険 要介護認定・要支援認定申請

第1号被保険者も記入は必須です。 「健康保険被保険者証, 医療被保険者証, 資格確認書」等を確認し記入してください。 生活保護受給中の場合は「生活保護」と					47 EE J	〔1⇔支2 〔⇔介	□介⇒介		バーの記	載が難しい場合,
	- 活保護受給中の場合は「生活保護」と 3入してください。 ・ 申請年月日				令和 ○ 年○○月○○日			土欄の	※裏面もご記入下さい	
認定を受ける人(被保険者)	被保険者 番号	0 0	1 2	3 4 5 6	7 個人番		1 1 1	1 1	1 1	1 1 1 1
	医療保険	保険者	名 北海道 OC		は域連合 会等 保険	者番号	3 9 O 6	0 1 X X	O O	O O 等
	被保険者証	記号	0	0000	番	号	222222	2	枝番	0 0
	64歳以下の方は記入 特定疾病名64歳以下(第2号被保険者)の方は、特定疾病名を記載してください。									
	フリガナ			カワーハナコ	生	年月日	明・大・昭	00	年 〇(00 日
	氏名		旭川	Ⅱ 花子	男	・ 倭	変 電話番号 ○○-○○○			
	住所	〒 070 住民票上の住所を記入してください。 旭川市7条通9丁目48番地 被保険者証に記載されている内容を記入してください。								
	前回の 認定結果	要介護 1 · ② · 3 · 4 · 5 要支援 1 · 2 非該当 申請歴なし 有効期間 平成·令和 ○年 ○月 ○日 ~ 平成 令和 ○年 ○月 ○日								
	変更申請			令和	○ 月 (どのように身体				年 〇	月 〇 日 護の手間など)
	の理由 (変更申請の方 のみ記入)		長の改善	申請区分が「変! チェックと理由を		١,				
				-11	診療科	ع	を形外科	主治	医氏名(フルネーム)
_	医療機関名	〇〇〇病院			最終受診日	令和 〇	年 ○月 ○日	3頃	北海	道 一郎
主治医	所在地	〒 000-0000 旭川市〇〇町〇丁目〇番〇〇号 _{電話番号} 〇〇一〇〇〇〇								
		回の申請について主治医は意見書の作成を了承していますか。								
	☑ 了承して	フリガナ	74	ヒカワ タロウ	4ιν → <u>πο</u>	I management	席者		を侍て下	
	日程調整の				 本人との関 [・]				<u>问师 </u>	本人との関係
	連絡先	E	旭		(夫		· 無	施設	次郎	(夫•施設職員)
	日中(調査	の欄に記載されている方に, 胴査の日程調整の連絡をします。								
訪	調査場所	名称	有料	老人ホーム〇〇	館)欄に記載の住	E所へ,	□自宅 ▶入所	*
問				市〇条通〇〇丁	日の田地の〇		調査に伺います。		□病院	
調査	(入院等の場合		〇年 〇		年 月	日部屋		201 号室	口その作	
n L	サービス利用状況 □ サービスを利用中 ・ □ サービスを利用していない ・ □ 暫定プランで利用中 ■ 駐車場 □ あり(注意点等: 来客者用スペースに駐車して下さい) □ なし									
いいて	駐車場 都合の思		(注息点等	「不容有用へへ」	火曜	Crew	 水曜	*) 曜	□ なし 金曜
	曜日・時間	引帯	 午前	刀唯	入 ^作 ×		小唯		ME.	₩ ₩
	(該当する時間帯に× 午後									
	調査時の 留意事項 難聴があるため大きな声で質問して下さい。 本人との面談後、別室にて家族や職員から聞き取りをお願いします。 必要な事項を記入してください。 例)筆談対応が必要。病名未告知。本人に排泄や物忘れについて聞くと感情的になる。本人のいない場所での聞き取り希望。等									
	以下のことに同意します。									
事	1. 主治医より,実施した要介護認定・要支援認定同意いただけない場合を除き,署名をお願いします。 「護度)等について照会がある時は,当該事項について医療機関に提示す本人が署名することが難しい場合は,提出者に代筆 2. 更新申請において,認定有効期間内に要介護いただき,代筆者署名もご記入ください。 日を超える処理見込期間とその理由の通知(延期通知)を省略すること。									

旭川 花子

<u>本人署名</u>

旭川 太郎

【裏面に続きます】

代筆者署名

	人の場合は 人以外の方				記入してて	トナい				
	フリガナ		れる場合は下記の項目全てに ァサヒカワ タロウ			□ 同居家族	. 具·			
窓	氏名		旭川 太郎		本人から みて	ー ☑ 別居家族 □ その他	Ę	(夫)		
口に乗	電話	oc	00-00	0000	提出 代行者	□ 地域包括 □ 指定居宅介	支援センター ・護支援事業者	□ 介護保険施設 □ 医療機関		
来た方	事業所名	家族:	現族等が提出さ	れる場合、「事業所名」の)欄のみ記載	不要です。				
	住所	旭川市7条通9丁目48番地								
○訪	○訪問調査の参考にさせていただきますので、下記の質問にお答えください。									
		申請を勧められて()								
		きっかけ	けが・病気(転倒し左大腿骨を骨折。歩行が難しくなった) いつ頃から:令和3年5月							
	申請理由		加齢・その他()							
	学明		例)買い物・掃除・通院・ベッド・車いす・手すり・リハビリ・デイサービス 等							
		困りごと	現在の施設に引き続き入所し、支援を受けながら生活したい。							
本人										
じつい	同居の有無 (在宅の場合)	□独居 在雪	色生活されてい	る方のみチェックをしてく <i>†</i> -	ださい。 :偶者・孫・父・母・他() 〉					
₹		受け答え	ひ できる	□ 簡単なことに限	られる 🗆	〕難しい	□ その他	(
		聴力	□ 普通	□ 普通の声がやっと	明こえる 🔼	オきな声なら間	にえる 口	ほとんど聞こえない		
	本人の状態	歩 行	□ できる	☑ 杖や歩行器など	使用	車椅子を使	用	□ 車椅子でも困		
	一番近いと原		□ できる	☑ 時々失敗がある	5 □	〕声かけや見	守りが必要	□ 介助が必要		
	チェックをしてください。		₩ なし	□ 置き忘れなどが	目立つ] 最近のことが	わからない	□ すぐに忘れる		
<u></u>	自治体(市[区町村)から	514日以内	に転入した方のみ	記入してく	(ださい。				
転出	転出元自治体名[
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										
「はい」の場合は申請日 : 令和 年 月 日										

I I	

支所	受付者	申請者登録	メモ入力