	介護保険認定申請書(見		更新)			
小山市長様												
次のとおり申請します。							号					
	被保険者番号					申請年月日			Í	Ŧ	月	日
	匠齿伊险	保険者名				保険者番	号					
	医療保険	記号				番号				枝番		
	フリガナ				生年月日		明	・大・昭	年	月	日	
	氏 名					年齢					(歳)
		(男・女) 電話番号										
被	住 所	- -										
	前回の認定 の結果等	要介護状態区	区分 1	2 3	4	5		要支	泛援状態区	分 1	2	
保		有効期	間		年	月	日	から		年	月	B
		病院・施設等							入院・入所	日 :	年 月	l B
険	訪問調査先	または寄 (OO号室、OOt	留 先	(階	病棟		号室)	退院・退所	日 .	月 日	・未定
	(住所地と異なる) 場合に記入)	病院施設等の所在地 〒 一 電話番号 ー ー ー または寄留先住所										
者	訪問調査 予約連絡先 (家族·施設等)	フリガ	ナ					調査	査に同席	する	3・し	ない
1		氏 :					被保険	者の認知症	有	有・無・不明		
							被保険者との関係					
		電話番号	自宅 携帯						00〜17:00で 取りやすい 時間			
	本人の 身体状況		·									
	希望する サービス											
	サービス 利用状況	利用サービス(デイサービス・デイケア・ショートステイ・ヘルパー・福祉用具貸与/購入・住宅改修) 通所型サービスを利用している曜日(日・月・火・水・木・金・土)									女修)	
来所	氏 名					被保険者。 関係	との					
) 者	住 所	〒 −					電話	番号	_		_	
+=		該当□○(地域句括支持	モセンター・早年	2介誰古採事業所,均	と守介護学	人垣址体設。介	菲	2.健体型。:	と ウム 雑 杏 義 刑 圧	存体 訟・介護	圧痿贮)	
提出代行者	名 称	該当に〇(地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・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)										
代行		=			担当ケブ	アマネジャー氏		* =				
者	住 所	〒 - 電話番号										
 ‡	医療機関名					主治医の氏名						
主治医	住 所	〒 −		電話番号 — — — — — — — — — — — — — — — — — — —								
	受診日	年	※直近の受診日もしくは受診予定日を記入してください。									
2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入 ※医療保険の保険証をご持参ください。												
特定疾病名												
る調介護	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・要支援認定に係る調査内容、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、小山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調査員に提示することに同意します。											

本人氏名

受付者

介護保険認定申請書 (☑新規

□更新)

小山市長 様

J	ルのとおり	個人番-	무									
	1	000012345	申請年月									
	医療保険	*****			保険者番		****					
		保険者名	11. 11.	11. 11. 11. 11. 11.				-11-				
		記号	**	番号		****	*	枝番	***			
	フリガナ	オ-	オヤマ タロウ			╛	明·长知 15 年1 月 1					
		.ll.	年齢				(95 歳)				
	氏 名	小山	太良	(男)女)	電話番	号	0285 -00-0000					
被	住 所	〒323-8 小山市中央		-1-1								
	前回の認定	要介護状態	区分 1	5 要支援状態区分 1 2								
保	の結果等	有効期	間	年	月	日	から		年	月 日		
		病院・施設等 または寄		新小山	市民病	完	入院	・入所	日 3年	10月10日		
険	訪問調査先 (住所地と異なる	(〇〇号室、〇〇		(階	病棟		つ土/	・退所				
	場合に記入)	病院施設等 <i>0</i> または寄留		〒323-082 小山市大字神原				85-	-36-0	200		
者		フリガ	ナ	オヤマ:	ジロウ		調査に同	席	する	・しない		
	訪問調査 予約連絡先	氏	名	小山	次郎	被保険者の		有	無 · 不明 長男			
	(家族・施設等)						平日9:00~17:00で - 連絡の取りやすい 時間					
	本人の 身体状況	・自宅にて車・病院より額			のため入	院中	o					
	希望する サービス			告く同じ話の繰り	返し、物	忘れ	が目立っ	ていた				
	サービス 利用状況	利用サービス(· 通所型サービス	デイサービ くを利用して	ス・デイケア・ショ [.] こいる曜日(日・月・	ートステイ 火・水・木	・ヘル :・金	レパー・福祉 ・土)	用具貸	き/購入・	住宅改修)		
来所	氏 名		小山 次	郊	被保険者と 関係	= の			長男			
所 者	住 所	〒 323−	8686	同上	電	話番	号 028	5 – 2	22-95	42		
提	名 称	該当に〇(地域包括支	援センター・居っ	宅介護支援事業所・指定介護老	人福祉施設・介護	雙老人保	保健施設・指定介護	隻療養型医	療施設・介護医	療院)		
出代		担当ケアマネジャー氏名:										
提出代行者	住 所	〒 −			電話番号							
	医療機関名 新小山市民病院			主治医の日	氏名			主治医				
主治医	住 所	〒323-0 小山市大字神		電話番号 0285-36-0200								
ഥ	受診日	É			※直近の受診日もしくは受診予定日を記入してください。							
2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入 ※医療保険の保険証をご持参ください。									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・要支援認定に係 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、小山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調査員に提示することに同意します。 本人氏名

受付者

小山 太郎

介護保険認定申請書 (□新規 ☑更新)

小山巾長 禄 次のとおり申請します。												
	被保険者番号	0000123456			申請年月日	R4年 6月 1日						
	C. H L MANA				保険者番号		****					
	医療保険	保険者名	*****		体院有番号	***	* * * * * *					
				k***	番号	****	枝番 ***					
	フリガナ	オヤマ タロウ			生年月日	明·大河昭 15年 1月1日						
		dsele	<u>—</u> — фр	,	年齢		(95 歳)					
	氏 名	小山	太郎	(男・女)	電話番号	0285	-00-0000					
被	住 所	〒323-86 小山市中央		1 – 1								
	前回の認定	要介護状態区	分 1	2 3 4	5 要支援状態区分 1 2							
保	の結果等	有効期間]	R3年 7	7月 1日 から R4年7 月31 日							
	訪問調査先 (住所地と異なる 場合に記入)	病院・施設等の名称 または寄留先				入院・入所	日 年 月 日					
険		(○○号室、○○様)		(階	病棟	号室) 退院・退所	日月日・未定					
		病院施設等の所 または寄留先	f在地 住所	〒 -	電話番号 — — —							
者		フリガナ	-	オヤマ	ジロウ	調査に同席	する・ しない					
	訪問調査 予約連絡先	氏 名 小山			次郎	被保険者の認知症被保険者との関係	有 · 無 · 不明 長男					
	(家族・施設等)		自宅	0285-22	-9542	平日9:00~17:00で 連絡の取りやすい	12:00~13:0					
	電話番号 携帯 080 -000				0-0000	0 0						
	本人の 身体状況	・現在デイサ- ・サービスの約		週2日、日、火 し更新。	曜利用中。							
	希望する サービス											
	サービス 利用状況	利用サービス(デ 通所型サービスを	イサービ r利用して	(・デイケア・ショー いる曜 日(日・ 月 ・	ートステイ・^ 火・水・木・:	ルパー・福祉用具貸金・土)	5年/購入・住宅改修)					
来	氏 名		小山 次		被保険者との		長男					
来所者	住 所	〒323−86	86	同上	電話番号0285-22-9542							
捍		該当に〇(地域包括支援も	2ンター・居宅	· · -	人福祉施設・介護老ノ	、保健施設・指定介護療養型医	療施設・介護医療院)					
提出代行者	名 称	該当に○(地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・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)										
代行		担当ケアマネジャー氏名: 〒 ー 電話番号 ー ー										
者	住 所											
÷	医療機関名	医療機関名 新小山市民病院				主治医						
主治医	住 所	〒323-0827 電話番号0285-36-0200 小山市大字神鳥谷2251番地1										
	受診日	年 月 日 ※直近の受診日もしくは受診予定日を記入してください										
	2号被保険	者(40歳から <i>6</i>	54歳の医	療保険加入者)の	み記入 ※図	療保険の保険証を	ご持参ください。					
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・要支援認定に係る調査内容、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、小山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調査員に提示することに同意します。

本人氏名