

介護保険認定申請書 ( 新規 更新 )

小山市長 様

次のとおり申請します。

|   |  |                                      |    |          |                                 |        |       |
|---|--|--------------------------------------|----|----------|---------------------------------|--------|-------|
| 被<br>保<br>者   | 被保険者番号   |                                      |    | 申請年月日    | 年 月 日                           |        |       |
|   | 医療保険   | 保険者名                                 |    |          | 保険者番号                           |        |       |
|   |  | 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 )                           |        |       |
|   |  |                                      |    | 電話番号     | — —                             |        |       |
|   | 住 所  | 〒 —                                  |    |          |                                 |        |       |
|   | 前回の認定<br>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        |                                 |        |       |
|   | 訪<br>問<br>調<br>査<br>先<br>(住所と異なる<br>場合に記入)   | 病院・施設等の名称<br>または寄留先<br>(〇〇号室、〇〇様方など) |    |          |                                 | 入院・入所日 | 年 月 日 |
|   |  | ( 階                                  | 病棟 | 号室)      | 退院・退所日                          | 月 日・未定 |       |
| 病院施設等の所在地<br>または寄留先住所                                 |  | 〒 —                                  |    | 電話番号     | — —                             |        |       |
| 訪<br>問<br>調<br>査<br>予<br>約<br>連<br>絡<br>先<br>(家族・施設等) | フリガナ   |                                      |    | 調査に同席    | する・しない                          |        |       |
|   | 氏 名  |                                      |    | 被保険者の認知症 | 有・無・不明                          |        |       |
|   | 電話番号   | 自宅                                   | —  | —        | 平日9:00~17:00で<br>連絡の取りやすい<br>時間 |        |       |
|   | 携帯   | —                                    | —  |          |                                 |        |       |
| 本人の<br>身体状況<br><br>希望する<br>サービス<br><br>サービス<br>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)<br>通所型サービスを利用している曜日(日・月・火・水・木・金・土) |                                      |    |          |                                 |        |       |

|             |     |     |  |              |     |  |
|-------------|-----|-----|--|--------------|-----|--|
| 来<br>所<br>者 | 氏 名 |     |  | 被保険者との<br>関係 |     |  |
|             | 住 所 | 〒 — |  | 電話番号         | — — |  |

|                       |     |  |  |      |     |  |
|-----------------------|-----|--|--|------|-----|--|
| 提<br>出<br>代<br>行<br>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) |  |      |     |  |
|                       | 住 所 | 〒 —  |  | 電話番号 | — — |  |

|             |       |       |  |                            |     |  |
|-------------|-------|-------|--|----------------------------|-----|--|
| 主<br>治<br>医 | 医療機関名 |       |  | 主治医の氏名                     |     |  |
|             | 住 所   | 〒 —   |  | 電話番号                       | — — |  |
|             | 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 |  |  |  |  |  |  |
|-------|--|--|--|--|--|--|

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