

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 保 者	被保険者番号			個人番号						
	医療保険	保険者名			申請年月日	年	月	日		
		記号			保険者番号					
	フリガナ			番号	枝番					
	氏 名			生年月日	明・大・昭	年	月	日		
				年齢	(歳)					
	住 所	〒 -		電話番号	-	-				
	前回の認定 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
		有効期間	年			月	日	から	年	月
	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 (〇〇号室、〇〇様方など)			(階	病棟	号室)	入院・入所日	年	月
病院施設等の所在地 または寄留先住所		〒 -		電話番号		-	-			
訪問調査 予約連絡先 (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 連絡の取りやすい 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)									

来 所 者	氏 名			被保険者との 関係			
	住 所	〒 -		電話番号	-	-	

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)						
	住 所	〒 -		担当ケアマネジャー氏名:		電話番号		-

主 治 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

記載例

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。

被保険者番号		0000123456		個人番号			
医療保険		保険者名		*****		申請年月日	
		記号		*****		R4 年 6 月 1 日	
		番号		*****		枝番	

フリガナ		オヤマ タロウ		生年月日		明・大・昭 15 年 1 月 1 日	
氏名		小山 太郎		年齢		(95 歳)	
		(男・女)		電話番号		0285 - 00 - 0000	
住所		〒323-8686 小山市中央町1-1-1					
前回の認定の結果等		要介護状態区分 1 2 3 4 5			要支援状態区分 1 2		
		有効期間			年 月 日 から 年 月 日		
訪問調査先 (住所と異なる場合に記入)		病院・施設等の名称 または寄留先 (〇〇号室、〇〇棟方など)		新小山市民病院 (階 病棟 号室)		入院・入所日 3年10月10日	
		病院施設等の所在地 または寄留先住所		〒323-0827 電話番号 0285-36-0200 小山市大字神鳥谷2251番地1		退院・退所日 月 日 未定	
訪問調査 予約連絡先 (家族・施設等)		フリガナ		オヤマ ジロウ		調査に同席	
		氏名		小山 次郎		被保険者の認知症	
		電話番号		自宅 0285 - 22 - 9542 携帯 080 - 0000 - 0000		被保険者との関係	
						長男	
本人の 身体状況		・ 自宅にて転倒し左足骨折。現在治療のため入院中。 ・ 病院より勧めあり申請する。 ・ 入院前は認知症が酷く同じ話の繰り返し、物忘れが目立っていた。					
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)					

来所者	氏名	小山 次郎	被保険者との関係	長男
	住所	〒 323 - 8686	電話番号	0285 - 22 - 9542
		同上		

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)		
		担当ケアマネジャー氏名:		
	住所	〒 -	電話番号	- -

主治医	医療機関名	新小山市民病院	主治医の氏名	主治医
	住所	〒323-0827 小山市大字神鳥谷2251番地1	電話番号	0285-36-0200
	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 小山 太郎

受付者

記載例

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。

被保険者番号		0000123456		個人番号			
医療保険		保険者名	*****	申請年月日	R4年 6月 1日		
		記号	*****	保険者番号	*****		
		フリガナ	オヤマ タロウ	番号	*****	枝番	***
		氏名	小山 太郎 (男・女)	生年月日	明・大・昭 15年 1月 1日		
		住所	〒323-8686 小山市中央町1-1-1	年齢	(95 歳)		
		住所	〒323-8686 小山市中央町1-1-1	電話番号	0285-00-0000		
前回の認定の結果等		要介護状態区分	1 2 3 4 5	要支援状態区分	<input checked="" type="radio"/> 1 2		
		有効期間	R3年 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 (〇〇号室、〇〇棟方など)	(階 病棟 号室)	入院・入所日	年 月 日		
		病院施設等の所在地 または寄留先住所	〒 -	退院・退所日	月 日 ・ 未定		
		電話番号	〒 - 電話番号 - -				
訪問調査予約連絡先 (家族・施設等)		フリガナ	オヤマ ジロウ	調査に同席	<input checked="" type="radio"/> する ・ <input type="radio"/> しない		
		氏名	小山 次郎	被保険者の認知症	有 ・ 無 ・ <input checked="" type="radio"/> 不明		
		電話番号	自宅 0285-22-9542 携帯 080-0000-0000	被保険者との関係	長男		
		本人の身体状況	・ 現在デイサービスを週2日、日、火曜利用中。 ・ サービスの継続希望し更新。				
		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)				

来所者	氏名	小山 次郎	被保険者との関係	長男
	住所	〒323-8686	電話番号	0285-22-9542
		同上		

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)		
		担当ケアマネジャー氏名:		
	住所	〒 -	電話番号	- -

主治医	医療機関名	新小山市市民病院	主治医の氏名	主治医
	住所	〒323-0827 小山市大字神鳥谷2251番地1	電話番号	0285-36-0200
	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 小山 太郎

受付者