

介護保険 要介護認定・要支援認定申請書

広島県 府中市長 様 次のとおり申請します。

記入例

申請区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input checked="" type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 更新	申請年月日	令和4年4月1日	
申請者	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 提出代理人 <input type="checkbox"/> 提出代行業者（該当に〇） 地域包括支援センター・指定居宅介護支援事業者・地域密着型介護老人福祉施設・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			
	ふりがな	ふちゆう はなこ	本人との関係	妻
	名前又は提出代行者名称	府中 花子	実際に届出される方のお名前をご記入ください。 事業所が代行申請される場合は、事業所名をご記入ください。印は不要です。	
住所又は所在地	〒 726-8601 府中市府川町3 1 5			
被保険者	介護保険被保険者番号	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
	医療保険情報	<input type="checkbox"/> 府中市国民健康保険 <input checked="" type="checkbox"/> 広島県後期高齢者医療保険 <input type="checkbox"/> 未加入（生活保護受給者等） <input type="checkbox"/> その他（保険者名： 記号・番号・枝番： ）		
	ふりがな	ふちゆう たろう		
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ 府中 太郎		1 日 歳)
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ <input checked="" type="checkbox"/> 申請者に同じ		
	申請の理由（新規・変更申請時のみ記入）	<input checked="" type="checkbox"/> 状態悪化 <input type="checkbox"/> 状態改善 <input type="checkbox"/> サービス利用希望（希望するサービス名称を下欄に記入してください） R4. 3. 15に転倒、大腿骨骨折し現在入院中。退院後の生活面に介護量増加が見込まれるため。		
現在（前回）の要介護認定結果等	要支援（2）・要介護（ / ）	有効期間	令和2年8月 日	
認定調査確認欄	調査場所	<input type="checkbox"/> 住所地 <input type="checkbox"/> 居住地 電話番号 <input checked="" type="checkbox"/> 病院又は施設（ 府中市 東 病棟 3 階 301 号室 ） 電話番号 45-3300		
	入院・入所中の方	入院・入所日 令和4年3月16日 退院・退所予定 令和4年4月20日 ・ 未 定 入院となった主な原因（ 大腿骨骨折 ） その他（ ）		
	同席者または聞き取り希望	<input type="checkbox"/> 同席者有り <input checked="" type="checkbox"/> 同席者なし <input checked="" type="checkbox"/> 後日聞き取り希望 ふりがな 氏名 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者に同じ		
	日程調整または聞き取り時の連絡先等	昼間に連絡が取れる電話番号 40-0222 15 時頃 <input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 同席 <input type="checkbox"/> その他（ ） ※原		
	本人の生活状況や心身の状況等	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 人の声が聞き取りにくい <input checked="" type="checkbox"/> 言葉が出にくい <input type="checkbox"/> 認知症の傾向あり <input type="checkbox"/> 別室で聞き取り <input type="checkbox"/> 日程調整後、 <input type="checkbox"/> 介護保険の調 <input type="checkbox"/> 未告知の病名 訪問調査の日程調整、もしくは調査後の聞き取りについて連絡させて頂きますので、記入忘れのないよう、お願いします。記入欄が足りない場合、その他欄に記入してください。		
意見書	主治医	上下 一郎 （ 整形外科 ）	医療機関名	<input checked="" type="checkbox"/> 入院先に同じ
	所在地	〒 726-8501 府中市鶴飼町555		
2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入してください。				
特定疾病名	第2号被保険者（40～64歳）の方は、特定疾病名の記載が必要です。特定疾病については、別添「特定疾病について」をご覧ください。主治医に確認の上、ご記入ください。			
※市記載欄		裏面に同意欄がございます。両面印刷にして、直筆でご記入をお願いします。		
受付	書類	回収後	番号	個人
入力	資格者証	意見	項目	あり
			※裏面もご確認ください。	

同意欄

- ①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・要支援認定にかかる調査内容、主治医意見書及び介護認定審査会による判定結果・意見を地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、介護保険施設の関係人及び主治医意見書を記載した医師に提示すること。
- ②新申請において認定有効期間内に要介護・要支援認定が行われる場合は申請から30日を超える処分までの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。
- ③認定調査のため、この申請書の写しを認定調査員に提供すること。
上記について、同意します。

本人署名欄

府中 太郎

※代筆の場合でも記入が必要です。

(代筆の場合)
代筆者氏名

府中 花子

直筆でご記入ください。被保険者が手書きできない場合は、代筆者の氏名（直筆）が必要です。

本人との関係

妻