

記入例

介護保険 要介護・要支援

該当する項目に○をつけてください

申請日当日の日付

(新規認定・更新認定・区分変更)

阿久比町長殿

次のとおり申請します。

申請日 令和4年4月1日

被	被保険者番号	4 4 1 0 0 0 0 0 0 0	個人番号	
	フリガナ	アグイ タロウ	性別	男・女
	氏名	阿久比 太郎	生年月日	明・大 昭 10年 5月 5日
	住所	〒 470-2292 阿久比町大字卯坂字殿越 50 ☎ (0569) 48 - 1111		

医療保険被保険者証に記載の情報をご記入ください。

被保険者名	愛知県後期高齢者医療広域連合	保険者番号	39234414		
号	111	番号	12345678	枝番	01

特定疾病	脳血管疾患
<small>※2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ</small>	

現在認定をお持ちの方はご記入ください。

状態区分	要支援 1 2	要介護 1 2 3 4 5
------	---------	---------------

有効期間	令和 3年 6月 1日 ~ 令和 4年 5月 31日
------	----------------------------

転出元自治体	申請日	令和 年 月 日※1
--------	-----	------------

在宅

該当する項目一つに✓してください。

<input type="checkbox"/> 介護保険施設等	名称	入所日	年 月 日
<input type="checkbox"/> 入所中 <input type="checkbox"/> 短期入所中			

<input checked="" type="checkbox"/> 医療機関	名称	〇〇病院	入院日	令和4年 3月 15日
	病棟	3A病棟	退院日	(4/20)頃・未定

※1 転出元自治体で申請中であり、結果通知を受け取っていない場合のみ記入してください。

主治医	医療機関名	〇〇病院	主治医氏名	医者 次郎
	所在地	〒 470-0000 ●●市●●町●丁目●●番地	☎ (0569) 00 - 0000	
	受診状況	最終診察日	月 日	日 / <input checked="" type="checkbox"/> 入院中

主治医氏名はフルネームでご記入ください。

※2 診察が必要な場合は原則2週間以内にお願ひします。 ※3 本人申請の場合、申請者欄は記入不要です。

申請の提出代行をする事業者はこちらもご記入ください。該当しない事業者の代行はできません。

※3	阿久比 花子	続柄 (妻)
<input checked="" type="checkbox"/>	指定居宅介護支援事業者	<input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設
<input type="checkbox"/>	介護医療院	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター

▲▲居宅介護支援事業所

所在地	〒 470-0001 阿久比町●●●△△△	☎ (0569) 00 - 1111
-----	-----------------------	----------------------

★裏面あり

同意署名欄	1.情報提供の同意	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、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、阿久比町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調査員に提示することに同意します。	本人以外が記入する場合は代筆者の氏名と続柄をご記入ください。
	2.延期通知省略の同意	要介護更新認定・要支援更新認定の申請日が通知されるのであれば、延期通知を省略するに同意します。	
被保険者氏名 阿久比 太郎		代筆者氏名 阿久比 花子 (続柄 妻)	

※⁴入院中・入所中の場合は医療機関名・施設名、個人宅の場合は住所をご記入ください。

訪問調査	
対象者の日頃の様子がわかる方の立ち合いをお願いします。	申請者と同じ 希望日あり (月曜日以外) / <input type="checkbox"/> 特になし
訪問先	<input type="checkbox"/> 自宅 / <input checked="" type="checkbox"/> それ以外※ ⁴ (〇〇病院)
駐車場 (調査員用)	<input checked="" type="checkbox"/> 敷地内に駐車スペースあり <input type="checkbox"/> なし → 近隣に駐車する場所 ()
備考	本人の前で言いづらいことがある場合や、家がわかりづらい場合は特徴など、調査員に事前に伝えたいことがあればご記入ください。

★新規・区変の場合は以下もご記入ください。

申請理由	今後利用したいサービスについて
<input checked="" type="checkbox"/> 身体的な状況が悪くなったため <input type="checkbox"/> 認知症状が現れたため <input checked="" type="checkbox"/> 医療機関から勧められたため (医療機関名 〇〇病院) <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input checked="" type="checkbox"/> 通所介護/通所リハ (デイサービス/デイケア) <input type="checkbox"/> 短期入所 (ショートステイ) <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input checked="" type="checkbox"/> 福祉用具レンタル <input type="checkbox"/> 福祉用具の購入 <input checked="" type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 施設入所
具体的状態	
診断名	左大腿骨転子部骨折
2月下旬に自宅で転倒し、痛みで動けず救急搬送されそのまま入院する。	
手術実施後、3月15日に〇〇病院に転院し、現在リハビリ中。歩行器を使ってなんとか歩けるようになった。	
妻と二人暮らしで、数年前から糖尿病によりインスリンの自己注射をしている。物忘れは特になく、年相応だと思う。	

調査日	月 日 () : ~	調査員
-----	-------------	-----