

新規申請記入例

介護保険

要介護認定・要支援認定
要介護更新認定・要支援更新認定

申請書

申請日当日の日付

阿久比町長殿

次のとおり申請します。

申請日

年

月

		介護保険被保険者番号		4	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0	個人番号															
被 保 険 者		愛知県後期高齢者医療広域連合										保険者番号		39234414																
		記号		111				番号		12345678				枝番		01														
		アガイ タロウ										生年月日		昭和10年 5月 5日																
		氏名		阿久比 太郎				性別		男・女																				
		住所		〒 470-2292 阿久比町大字卯坂字殿越 50 電話番号 0569-48-1111																										
		前回の要介護認定等の結果等		記入不要																										
		過去6月間の介護		介護保険施設の名称等・所在地										期間		～														
		入院中・入所中の場合は ご記入ください。		介護保険施設の名称等・所在地										期間		～														
				医療機関等の名称等・所在地 〇〇病院										期間		令和〇年〇月〇日～														
				医療機関等の名称等・所在地										期間		～														

提出 代 行 者	名 称	該当に○(地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院) 阿久比 花子 (続柄 妻)	
	住 所	〒 470-2292 阿久比町大字卯坂字殿越 50	主治医氏名はフルネーム でご記入ください。 号 0569-48-1111

主治医	主治医氏名	医者 次郎	医療機関名	〇〇病院
	所在地	〒 470-0000 ●●市●●町●丁目●●番地 電話番号 0569-00-0000		

第二号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

特定疾病名	
-------	--

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・意見及び主治医の意見等に基づき、介護サービス事業者、居宅サービス事業者若しくは介護保険施設の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き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から 30 日以内には認定の有効期間内に結果が通知されるのであれば、延期通知を省略することに同意します。	
	被保険者氏名 阿久比 太郎 代筆者氏名 阿久比 花子 (続柄 妻)		

※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。

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。	訪 問 調 査		
	氏名 阿久比 拓郎	続柄 (長男)	電話番号 080-1234-5678
	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同一 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
認定調査希望日	<input checked="" type="checkbox"/> 希望日あり (月曜日以外) / <input type="checkbox"/> 特になし		
訪 問 先	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 / <input type="checkbox"/> それ以外※ ⁴ ()		
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 type="checkbox"/> 身体的な状況が悪くなったため		<input type="checkbox"/> 訪問介護	
<input type="checkbox"/> 認知症状が現れたため			
<input type="checkbox"/> 医療機関から勧められたため (医療機関名)			
<input type="checkbox"/> その他 ()			
		<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 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 type="checkbox"/> 福祉用具レンタル	
		<input type="checkbox"/> 福祉用具の購入	
		<input type="checkbox"/> 住宅改修	
		<input type="checkbox"/> 施設入所	
具 体 的 状 態			
診 断 名			

調 査 日	月 日 ()	:	～	調 査 員	
-------	---------	---	---	-------	--