

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

記入例

(宛先)
戸田市長

次のとおり申請します。

		申請年月日	2019年 4月 1日	
被保険者番号	1000123456	個人番号		
フリガナ	トダ タロウ	生年月日	昭和2年 3月 4日	
氏名	戸田太郎	性別	男性	
住所	〒335-8588 戸田市上戸田 1-18-1 電話番号 048-441-1800			
前回の要介護認定の結果等	*要介護・要支援更新認定の場合のみ記入	要介護状態区分	1 2 3 4 5	要支援状態区分 1 2
	*14日以内に他自治体から転入した者のみ記入	有効期間	年 月 日から 年 月 日まで	
現在の介護保険施設医療機関等への入院・入所の有無(短期入所を除く)	有	入院・入所施設名等: 〇〇総合病院 (部屋番号等: A館2F3号)		
	無	所在地: 〇〇県〇〇市〇〇1-1		

申請者氏名	戸田 一郎	被保険者との関係	長男
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・指定介護療養型医療施設・介護医療院) 印		
申請者住所	〒335-8888 〇〇県〇〇市〇〇町1-1-1 電話番号 080-1234-5678		

現在、受診をしている主治医の氏名及び医療機関名をご記入ください。なお、最終受診日も必ずご記入ください。

主治医	主治医の氏名	埼玉 太郎	医療機関名	〇〇総合病院
	所在地	〒000-0000 〇〇県〇〇市〇〇1-1 (最終受診日) 2019年 4月 1日頃 電話番号 000-000-0000		

2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入第2号被保険者として申請する場合、医療保険証の写しを添付してください

医療保険者名	戸田市	医療保険被保険者証記号番号	11224・123
特定疾病名	脳血管疾患		

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成するためには必要があるときは、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、戸田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、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従事した調査員に提示することに同意します。

(更新申請の場合のみ) 申請日から30日以内に認定がされない場合であっても、現在の有効期間内に認定がされるときは、戸田市が認定延期通知を省略することに同意します。

被保険者氏名 戸田 太郎

※裏面もご記入ください。

※記入漏れが巧く見受けられます。御注意ください。

要介護・要支援認定申請に係る連絡票

※調査の事前資料として調査員に写しを提供する場合があります。

被保険者氏名	戸田 太郎
--------	-------

訪問調査情報	<p>1. 本人の居所について (※住所地・介護保険施設・医療機関等以外の場合のみ記入)</p> <p>名称: 戸田 一郎(長男)宅 住所: 〒 335 - 8888 〇〇県〇〇市〇〇町 1-1-1</p>
	<p>2. 認定調査の立会いについて</p> <p><input type="checkbox"/> 立会無し <input checked="" type="checkbox"/> 立会有</p> <p>立会人氏名: 戸田 花子 (本人との続柄: 長男の妻)</p> <p>※連絡先については、平日、日中に繋がる電話番号を記入してください。 連絡先① : 048 - 000 - 0000 連絡先② : 090 - 0000 - 0000</p>
	<p>3. 認定調査に伺う日程で都合の悪い曜日について</p> <p><input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり →</p> <p>(例: 「火曜日」と記入した場合、火曜日が都合悪い日となる。) 例1) 月・木 例2) 火・金のPM希望</p> <p>※認定調査は原則月曜日～金曜日の日中のみとなります。土日祝日及び夜間等の調査希望はできませんのでご了承ください。</p>
	<p>4. 本人の状態について</p> <p>①現在の状況について (区分変更申請の方は理由書に記入してください。)</p> <p>(具体例) 病歴: 脳梗塞 状態: 右半身麻痺、トイレや食事に介助が必要 病歴: アルツハイマー型認知症、右大腿骨骨折 状態: 食事をいかに忘れてたり、1日に何度も同じ話をしている。右足の骨折をしたことで、日中外出せず、家にいる。</p> <p>②入院(入所)年月日: 2019年 4月 1日</p>

その他	<p>①次に該当している場合は✓を入れてください。</p> <p><input type="checkbox"/> みなし2号 (被保険者以外の被保護者) <input type="checkbox"/> 第三者行為 (交通事故等の理由での申請)</p> <p>②事前に調査員に伝えておきたいこと (あれば記入してください。)</p> <p>認知症状が重く、何でも自分で「できる」と言ってしまう。実際には家族が手伝っていることも多いが、本人の前では言えないので、調査後家族から別で聞いてほしい。</p>
-----	---