

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

府中市長

次のとおり申請します。

被保険者(本人)	被保険者番号	0 0 0	個人番号			
	医療保険	保険者名	申請年月日	年 月 日		
		被保険者証 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
	住所	〒 _____	性別	男・女		
			電話番号	()		
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 ※14日以内 に他自治体 から転入し た者のみ記 入	要支援状態区分 1 2	要介護状態区分 1 2 3 4 5	有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日		
		転出元自治体(市町村)名 []				
		現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 (既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください) はい ・ いいえ				
		「はい」の場合、申請日				

※申請者欄は本人以外が提出する場合に記入してください。

申請者等	フリガナ		
	氏名	本人との続柄	
	住所(所在地)	〒 _____ 電話番号 ()	
提出代行者欄 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 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"/> 指定介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院	名称		
	所在地	〒 _____ 電話番号 ()	

本人の居場所	1 住所地	2 病院・施設		3 その他(家族宅等)	
	病院名・施設名・家族名	(棟 階 号室)			
	住所(所在地)	〒 _____ 電話番号 ()			
	予定期間	入院・入所・滞在開始日 年 月 日 ~		退院・退所・滞在終了日 年 月 日 /未定	

※主治医意見書の作成を依頼したい病院名(かかりつけ、入院先)等を記入してください。

主治医	医療機関名				
	所在地	〒 _____ 電話番号 ()			
	主治医氏名(1名のみ記入)	最終受診日	年 月 日		
	診療科目	次回受診予定日	年 月 日		

※2号被保険者(40歳から64歳)のみ記入

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府中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。

ご本人との関係

被保険者本人氏名 _____ 代筆者氏名 _____ ()

裏面も必ずご記入ください

要介護・要支援認定調査に伴う連絡事項

次の事項について、該当する部分に○印又は具体的にご記入ください。

* 申請理由（複数回答可）

- 1 介護又は支援が必要なため 2 更新のため 3 主治医の勧め 4 住宅改修 5 その他

* ご本人様の状況（差し支えない範囲で構いません。）

- ・ 診断名【
】
・ 身体面、認知面の状況をご記入ください。（例 杖歩行 車いす利用 オムツ利用 もの忘れ）

* 認定調査時の同席者について

～調査に際して、できる限り日頃の様子をご存知のご家族など、同席をお願いいたします。～

- 1 いない
2 いる 申請者と同じ方（次の連絡先のみご記入ください。）
 申請者と異なる方（下記へもご記入ください。）

※調査員が調査日の調整をするために後日、ご連絡いたします。

	フリガナ	
	氏 名	(本人との続柄)
	住 所	
連絡先	【第一希望】	自宅・携帯・その他 ()
	【第二希望】	自宅・携帯・その他 ()

※同席予定者以外の方と調査日の調整を希望される場合は、氏名等をご記入ください。

(氏名) (続柄) (☎)

* その他の連絡先 ～本人や申請者に連絡がつかない場合に使用させていただきます。～

	フリガナ	
	氏 名	(本人との続柄)
	住 所	
連絡先	自宅・携帯・その他	()

* 調査員に事前に知らせておきたいこと

～申請後、おおむね1か月以内に予定している外出（デイサービスや通院日など）の日程や調査時に配慮してほしいことなど、事前に調査員に伝えておきたいことがあればご記入ください。～
※ショートステイ・入退院の予定がある場合は、必ずご記入ください。

以下記入不要（事務処理用確認欄）

備考欄

受付
<input type="checkbox"/> 被保険者証押印処理