

介護保険 要介護・要支援認定申請書

府中市長 (☐新規 ☐更新 ☐変更 ☐転入)
 次のとおり申請します。 記入日 令和 年 月 日

被 保 険 者 (本 人)	介護保険 被保険者番号	0 0 0	個人番号										
	医療保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他→ [医療保険者名称] [医療保険者番号] [記号] [番号] [枝番]											
	フリガナ	性 別 男 ・ 女											
	氏 名	生年月日 大・昭・平 年 月 日											
	住 所	〒 電話番号 ()											
	前回の要介護 認定の結果等 (新規は記入不要)	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 有効期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日											
	変更申請の場合のみ 理由記入	状態変化があるため(改善 / 悪化)・その他()											
	転入者のみ記入	前市区町村【 】で 認定あり・認定申請中(申請日:)											
	現在の居場所 1~3に○印を付け てください。 「1 住所地」以外 の場合は詳細を記 入してください。	1 住所地 2 病院・施設(ショートステイは除く) 3 その他(家族宅等)											
		病院名・施設 名・家族名	(棟(館) 階 号室)										
住 所 (所 在 地)		〒	電話番号	()									
期間(予定)		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日											

※提出代行者欄は本人以外が提出する場合に記入してください。

提 出 代 行 者	フリガナ										
	氏名(名称)	該当に○ 家族等(本人との関係:)・地域包括支援センター・居宅介護支援事業所 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									
	住 所 (所 在 地)	〒	電話番号	()							

主 治 医	フリガナ			フリガナ		
	主治医	(氏)	(名)	医療機関名		
	所在地	〒		電話番号	()	
	最終受診日	令和 年 月 日		次回受診予定日	令和 年 月 日	

※第2号被保険者(40歳から64歳)のみ記入

特定疾病名										
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

介護(予防)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(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、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。

被保険者本人氏名 代筆者氏名 〇 本人との関係 ()

【新規申請のみ】

ご本人の必要に応じた支援につなげることを目的に本申請書の内容を地域包括支援センターに提供してよろしいですか。 ☐ はい (提供不要の場合は未記入)

※裏面も必ずご記入ください

府中市記入欄

在・施

新・継

保

〇 連無
〇 連済

認定調査に係る連絡事項

1. 申請理由(複数回答可)

- ☐ 介護又は支援が必要なため
- ☐ 更新のため
- ☐ 病院からの勧め
- ☐ 住宅改修費支給を受けるため
- ☐ 状態変化により介護度の変更を希望するため
- ☐ その他 ()
- ・生活機能低下の原因となっている傷病名があればご記入ください()

今回申請を行った経緯をご記入ください。

(例 体力低下が見られるようになり、デイサービスに通いたい 等)

- ・配慮事項
- ☐ あり⇒
- ☐ 筆談が必要
- ☐ 別室での聞き取りが必要
- ☐ その他()

2. 調査時の立会者

※実態に即した調査を行うため、調査にご同席いただき普段の状況や介護の手間についてお聞かせください

- ☐ 家族等が立ち会う【本人と 同居 ・ 別居 (区・市・町・村)】

※ご入院中の場合は看護師への聞き取りが中心となります

- ☐ ケアマネ、入院・入所先の職員が立ち会う
- ☐ 立ち会い者なし

調査日時の調整連絡先 氏名: (本人との関係:)

電話番号 ()

※連絡先は平日の日中に連絡が取れる番号をご記入ください

市への連絡事項

3. 調査希望日 ※ 調査は平日の9:00～16:00の間に開始し、1時間ほどお時間をいただきます

調査を行うにあたり都合の悪い曜日と時間帯に×をご記入ください

	月	火	水	木	金	備 考
午 前						
午 後						

※ 申請から1か月以内にショートステイの利用等不在がある場合はその期間をご記入ください

不在期間 月 日 ～ 月 日

理由: ☐ ショートステイの利用 ☐ 入院 ☐ その他()

【府中市記入欄】

受付

☐ 被保証押印

窓 ・ 郵 ・ OL