

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〕

記入例

被保険者の氏名、住所などを記載してください。

|                  |           |                                                  |        |      |      |       |          |     |            |              |    |   |   |   |   |   |
|------------------|-----------|--------------------------------------------------|--------|------|------|-------|----------|-----|------------|--------------|----|---|---|---|---|---|
|                  |           | 申請年月日                                            |        |      |      |       |          |     |            |              |    | 年 | 月 | 日 |   |   |
| 被<br>保<br>険<br>者 | フリガナ      | ハビキノ                                             | ハナコ    | 個人番号 | 1    | 2     | 3        | 4   | 5          | 6            | 7  | 8 | 9 | 0 | 1 | 2 |
|                  | 氏名        | 羽曳野 花子                                           |        | 生年月日 | S △年 |       |          | △月  |            |              | △日 |   |   |   |   |   |
|                  | 住所        | 〒 583-8585<br>羽曳野市誉田4丁目1番1号<br>電話番号 △△△-△△△-△△△△ |        |      |      |       |          |     |            |              |    |   |   |   |   |   |
|                  | 前回の認定結果   | 要介護区分                                            | 1      | 2    | 3    | 4     | 5        | 期間: | R △年 △月 △日 | ~ R ×年 ×月 ×日 |    |   |   |   |   |   |
|                  | 医療保険      | 保険者名                                             | ●●健康保険 |      |      | 保険者番号 | 000000   |     |            |              |    |   |   |   |   |   |
|                  | 被保険者記号・番号 | 記号                                               | ●●●●   |      |      | 番号    | 12345678 |     |            | 枝番           | 12 |   |   |   |   |   |

医療保険情報を記載してください。

|                       |     |                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------|-----|--------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 提<br>出<br>代<br>行<br>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<br>家族・親族が申請する場合は空欄にしておいてください。) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                       | 所在地 | 〒 - 【代行ケアマネジャー:】<br>電話番号 - -                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

★介護が必要な傷病を治療している主治医を記載してください。

|     |  |       |                                                 |  |  |       |       |  |  |  |  |  |  |
|-----|--|-------|-------------------------------------------------|--|--|-------|-------|--|--|--|--|--|--|
| 主治医 |  | 医療機関名 | ●●病院                                            |  |  | 主治医氏名 | ○○ △△ |  |  |  |  |  |  |
|     |  | 所在地   | 〒 XXX-XXXX<br>○○市△△1丁目2番3号<br>電話番号 △△△-△△△-△△△△ |  |  |       |       |  |  |  |  |  |  |

2号被保険者 (40歳から64歳までの医療保険加入者) のみご記入ください。

|       |  |
|-------|--|
| 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、主治医意見書、羽曳野市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係者が取得した心身の状況等の情報を、羽曳野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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係者、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査員として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。) ことに同意します。また、

本人が署名できない場合は代筆による記名をしてください。

|      |        |
|------|--------|
| 本人氏名 | 羽曳野 花子 |
|------|--------|

※裏面もご記入ください。

|                 |                                |                               |                                     |                                    |
|-----------------|--------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| ※市記入欄 受付担当者 ( ) | 被保険者証 <input type="checkbox"/> | 資格者証 <input type="checkbox"/> | 収納 (新規の場合) <input type="checkbox"/> | 医療情報または写し <input type="checkbox"/> |
|-----------------|--------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|

# 認定（訪問）調査について

・ 訪問調査を円滑に行うために必要となりますので、ご記入ください。  
 ・ 必要事項の記入及び該当する□にチェックをお願いいたします。

|        |            |
|--------|------------|
| 被保険者番号 | 0000012345 |
| 氏名     | 羽曳野 花子     |

## 1. 訪問調査はどちらにお伺いすればよろしいですか。

住民票住所（申請書に同じ）

それ以外 

|                  |                                      |      |   |   |        |
|------------------|--------------------------------------|------|---|---|--------|
| 調査先              | 〒                                    | 電話番号 |   | 〒 | 〒      |
|                  | ★調査を自宅以外（病院、施設、家族宅等）で行う場合は、記載してください。 |      |   |   |        |
|                  | ◆病院・施設名                              |      |   |   |        |
| ◆病棟・階・部屋番号等      |                                      |      |   |   |        |
| 入院・入所期間等         |                                      | 年    | 月 | 日 | ～      |
|                  |                                      | 年    | 月 | 日 | ・ 退院未定 |
| ◆入院中に手術（予定）あり→【手 |                                      |      |   |   |        |

## 2. 調査当日に、同席される方はいらっしゃいますか。

有 

無（本人のみ）

|      |                               |        |   |
|------|-------------------------------|--------|---|
| フリガナ | ハビキノ タロウ                      | 本人との関係 | 夫 |
| 氏名   | 羽曳野 太郎                        |        |   |
| 連絡先  | ① 〇〇〇-×××-△△△△ ② 〇〇〇-△××-△△×× |        |   |

★日頃の様子をよく知っている方の同席をお願いします。

## 3. 調査の日程調整は、どなたとすれば

本人

同席者に同じ

その他 

①に連絡のつきやすい番号を記載してください。（※基本的に、平日の昼間にご連絡します）

|      |                               |        |    |
|------|-------------------------------|--------|----|
| フリガナ | ハビキノ イチロウ                     | 本人との関係 | 長男 |
| 氏名   | 羽曳野 一郎                        |        |    |
| 連絡先  | ① 〇〇-×△×△-□□□□ ② 〇〇〇-×××-△△△△ |        |    |

## 4. その他、調査時に注意すること伝えておきたいことがありましたら、ご記入下さい。

例：「手話通訳を希望します」、「毎週月・火はデイサービス利用」等

その他、訪問調査の日程調整等に  
必要なことがあれば記載してください。

緊急連絡先： 1.親族  2.その他

氏名： 羽曳野 一郎 関係： 長男 連絡先： 〇〇 - ×△×△ - □□□□