

介護保険 要介護認定・要支援認定区

記入例

羽曳野市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

0 1 2 3 4 5					個人番号											
被保険者の情報 (氏名、住所、電話番号等) を記入してください。					ハナコ 野 花子		生年月日		SOO 年		O 月		O 日			
					性別		男・女		年齢		歳					
被 保 険 者	住 所		〒 583 - 8585 誉田 4-1-1 電話番号 - -													
	申請の理由		<input type="checkbox"/> 状態の悪化 <input type="checkbox"/> 状態の改善 具体的に ( ) 状態の変化および介護の状態を記入してください。													
医 療 保 険	保険者名		保険者番		医療保険（健康保険・社会保険）の情報を記入してください。											
	被保険者証 記号		番号		枝番											

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）												
	所在地		〒 - - 【担当】 電話番号 - -												

★定期的に受診している主治医を記入してください。ご記入ください。医療機関名は正確にご記入ください。

主 治 医	機 関 名		主治医氏名		△○病院      OO □□										
	所 在 地		〒OOO-△△△△ OO市×××町1-2-3 電話番号 OO○-×××-××○○												

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	40~64歳の方のみ記入してください。 ★医療保険証の添付が必要です。												
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

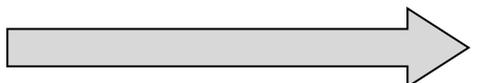
介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要かあるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を羽曳野市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。

また、申請書に提出した本人の署名が認められない場合は、処分延期通知の省略に同意します。

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
------	--------

※訪問調査について、裏面もご記入ください。



高年介護課記入欄 受付担当者（ ）必ず記入	被 保 険 者 証 <input type="checkbox"/> 資 格 者 証 <input type="checkbox"/>
--------------------------	--

# 認定（訪問）調査について

## 裏面

- ・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口に  チェックをお願いいたします。

### 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	〒〇×〇-△△△△	〇〇市×××町1	
	◆病院・施設名	△〇病院	
	◆病棟・階・部屋番号等	西病棟 2階 201号室	
入院・入所期間等	令和〇年〇月〇×日 ~ 令和〇年××月●●日・退院未定		
	◆入院中に手術（予定）あり→【手術（予定）日： 年 月 日】		

★調査を自宅以外（病院、施設、家族宅等）

※退院後、自宅以外に戻られる場合は下記の「4. 調査時の注意点」に住所等ご記入をお願いします。

入院（入所）中の方は、期間等も記入

### 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	ハヅノ 太郎	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-△××-〇△□×		

★対象者の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

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入してください。（※基本的に、平日の昼間にご連絡します）

フリガナ	ハヅノ 次郎	本人との関係	長男
氏名	羽曳野 次郎		
連絡先	①〇〇〇-△××△-〇△□× ②〇〇〇-△××-〇〇〇〇		

### 4. その他認定調査に関して、調査時に注意すべきこと等ありましたら、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

【例】1か月ほど入院予定。退院後は、息子宅へ戻る予定。

住所：羽曳野市〇〇1-2-3（羽曳野 次郎宅）

連絡先：〇〇〇-△××△-〇△□×

その他、認定調査の日程調整等に必要ながあれば記入してください。