

記入例

介護保険要介護認定・要支援認定申請書 (新規・更新)

松山市長
次のとおり申請します。

松山市記入欄です。点線部分は記入の必要はありません。

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号	※※※※※※※※※※※※	マイナンバー (個人番号)	※※※※※※※※※※※※※※								
	医療 保 険	保険者名	愛媛県後期高齢者医療広域連合		保険者番号	39382015						
		被保険者証	記号		番号	○○○○○○○○	枝番					
	フリガナ	マツヤマ タロウ		第2号被保険者の方は、申請時に医療保険証 (健康保険被保険者証)のコピーが必要です。		○	月	○	日			
	氏名	松山 太郎		性別	男 ・ 女							
	住所	松山市二番町四丁目7番地2		住民票上の住所を記入してください。								
	前回の要介護 認定の結果等	要介護状態区分	1	2	3	4	5	要支援認定区分	1	2		
	有効期間	令和 ○年 ○月 ○日 から 令和 ○年 ○月 ○日										
過去6ヶ月間の 介護保険施設 医療機関等 入院・入所の有無	介護保険施設の名称等				期間	年	月	日	~	年	月	日
	医療機関等の名称等 ○○病院				期間	○年	○月	○日	~	年	月	日

申 請 書 提 出 者	① 代 行 事 業 者	該当に✓	<input checked="" type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業所		<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設		<input type="checkbox"/> 介護医療院		
		名称	指定居宅介護支援事業所○○		<input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設 (地域密着型介護老人福祉施設)		<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター		
	① 以 外	所在地	松山市○○町○○-○○			電話番号	089-900-0000		
		氏名 名称	松山 花子		本人との関係	子			
		住所	松山市□□町□□-□□			電話番号	089-9□□-□□□□		

該当に✓	医師氏名	愛媛 二郎		医療機関名	○○病院			
<input type="checkbox"/> 主治医	所在地	松山市○○			電話番号			
<input type="checkbox"/> 指定医								

2号被保険者(40歳から64歳の医

どちらかにチェックしてください。申請後、翌開庁日には意見書依頼を
しますので、事前に医師に記入の承諾を得ることをお勧めします。

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... 必要があるときは、要介護認定・要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... 業者、居
宅サービス事業者若しくは介護... 同意しま
す。 第2号被保険者の方は、特定疾病に該当する必要があります。
詳しくは主治医に御相談ください。

本人氏名 松山 太郎

代筆者氏名(続柄) 北条 花子(子)

親族以外の代筆理由

本人が記入できない場合は、代筆者の氏名も必要です。
親族以外の方は、代筆理由もご記入ください。※直筆

裏面もご記入ください

訪問調査連絡票

*訪問調査の日時は、調査員から電話連絡のうえ、ご相談させていただきます。
 *本人・同席者等への調査日時連絡は、調査日時相談者からお願いします。
※担当ケアマネジャーの情報は必ず記入してください。

調査員記入欄

被保険者 番号	0 0 0	被保険者 氏名			
→ 調査日時相談者に ✓を入れてください	<input type="checkbox"/> 本人	電話番号 (自宅)	(携帯)		
	<input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャー	事業者名			
		担当者氏名	調査同席	有 ・ 無	
		電話番号 (職場)	(携帯)		
	<input type="checkbox"/> 上記以外	氏名			
		被保険者との関係	<input type="checkbox"/> 家族(続柄:) <input type="checkbox"/> その他()	調査同席	有 ・ 無
電話番号 (自宅)		(携帯)			
訪問調査先 住民票と違う場合	入院・入所施設名等	(号室)			
	住所	※マンション等の方は、棟名・部屋番号までご記入ください。 (方)			
同居人の状況 (該当に✓を入れてください)	<input type="checkbox"/> 無(独居) <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子ども() <input type="checkbox"/> その他()				
介護サービス利用状況 (現在利用している在宅サービス 該当に✓を入れてください)	<input type="checkbox"/> 訪問介護(ホームヘルプ) (曜日) <input type="checkbox"/> 通所介護(デイサービス) (曜日) <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護(ショートステイ)(次回予定: 月 日~月 日) <input type="checkbox"/> 福祉用具の貸与 <input type="checkbox"/> その他()				
備考 (調査時に留意してほしいこと、通院等で都合の悪い曜日、入院中の方は退院予定日などを記入してください。)	※新規申請の方は申請理由もご記入ください。				

訪問調査の日時は、調査員から電話連絡のうえ、ご相談させていただきますので、最初に連絡すべき方にチェックを入れてください。
調査や日程調整にあたり連絡事項がある場合は、備考欄に記入するか、最初に連絡すべき方を担当ケアマネジャー等とし、調査員にお伝えください。
 なお、他に訪問調査日時の連絡が必要な方がいる場合は、調査日時相談者から連絡をお願いします。

同席の有無は問わず、担当ケアマネジャー欄は必ず記入してください。
 なお、**本人・家族だけでは正確な調査ができない恐れがある場合は、ケアマネジャーが同席するなどの体制を整えていただきますようご協力をお願いします。**

訪問調査先が入院、入所中の場合、病院・施設名だけでなく、病室等の部屋の号数まで記入してください。
 訪問調査先が住民票上の住所でない場合、訪問調査先の住所を記入してください。訪問調査先が住民票上の住所である場合でも、住民票に方書きを登録されていない場合は、マンション名やアパート名等と部屋の号数を記入してください。

どなたと同居されているのか、チェックを入れてください。(複数選択可)

現在利用中の在宅サービスを選択してください。(複数選択可)

調査時に留意してほしいこと、通院等で都合の悪い曜日、入院中の方は退院予定日などを記入してください。退院予定日が未定の場合でも、おおよその入院期間を記入してください。

訪問調査は、日頃の状況を把握できる場所で、体調のよいとき(通常時)に受けていただくことが基本です。いつもと違う体調のときでは、正しい調査ができないことがあります。

*調査スケジュールの都合により、ご希望の日時に添えない場合もありますのでご了承ください。