

申請書記入例

個人番号（マイナンバー）を記入してください！
わからない場合は無記入でも可としますが、
できるだけご記入ください！

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

介護保険 被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	個人番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 0		
医療 保険 被保険者名	〇〇健康保険組合		被保険者番号	〇〇〇〇〇	
被保険者証 記号	〇〇〇〇〇	番号	〇〇〇〇〇	枝番	〇〇〇
フリガナ	ジョウソウ ツルタロウ		生年月日	昭和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	
氏名	常総 鶴太郎		性別	男 ・ 女	
住所	〒 303-8501 茨城県常総市水海道諏訪町3222番地3 電話番号 0297-23-2111				
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	要介護状態区分	1 2 3 4 5	要支援状態区分	1 2
	※14日以内 に他自治体から 転入した者の み記入	有効期限	年 月 日 から 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 年 月 日				
過去6月間の 介護保険施設、 医療機関等への 入院、入所の 有無	介護保険施設の名称等・所在地	介護老人保健施設 〇〇		期間	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 ~ 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
	介護保険施設の名称等・所在地	特別養護老人ホーム 〇〇		期間	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 ~ 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
	医療機関等の名称等・所在地	〇〇 病院		期間	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 ~ 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
	医療機関等の名称等・所在地			期間	年 月 日 ~ 年 月 日

過去6ヶ月以内に入院や施設入所があった方（現在入院中・入所中の方も含む）は、病院名（施設名）と期間をご記入ください。

提出代行者 名称		
住	主治医の先生のお名前	かかりつけの病院の名前

主治医 主治医の氏名	〇〇先生	医療機関名	〇〇病院
所在地	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇〇〇 電話番号 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇		

介護サービス計画の作成等でのケアマネージャー等への個人情報提供の同意及び別紙事項（電子@連絡帳JOSOシステム）へ同意いただけましたら、ご本人様（介護保険利用者）の名前を必ずご記入ください。

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、認定にかかる調査内容、介護認定調査会による判定結果・意見、主治医意見書を、常総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介護保険施設の関係人に提示すること、並びに別紙常総市在宅医療・介護連携電子ネットワーク事業に関する事項について説明を受け、私の介護等に関する情報が関係機関間で共有されることに同意いたします。

本人氏名

常総 鶴太郎

裏面

常総市要介護認定申請等補助調査票

R6.4

申請代行業者名・申請者名 (常総 亀之介)

認定調査を正確に行うために必要な事項ですので、分かる範囲でご記入をお願いいたします。

※65歳以上の介護保険を使う方のお名前 64歳以下の方は「2号被保険者」となります。(2号は特定疾病該当者のみ)

被保険者名	常総 鶴太郎	申請区分	<input checked="" type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号	主病名	認知症 心筋梗塞術後	主なご病気の病名・症状	手話通訳	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要
訪問調査時同席者の氏名	氏名: 常総 亀之介	本人との関係	長	訪問調査の時に同席してくださる方の名前				
訪問調査の連絡先	第1連絡先氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 同上						
	電話番号	0297-12-3456						
	電話連絡希望時間	<input type="checkbox"/> いつでも可 <input checked="" type="checkbox"/> 右の時間帯を希望 (9 ~ 12 時)						
訪問調査日についての要望	<input type="checkbox"/> なし	◇曜日 (水 曜日) を (<input checked="" type="checkbox"/> 除く <input type="checkbox"/> 希望する)						
	<input checked="" type="checkbox"/> 有り	◇時間 (午前・午後・その他 時)						
現在受けているサービスの状況及び提供事業者	訪問介護	<input type="checkbox"/>	福祉用具貸与	<input type="checkbox"/>	現在利用中の介護サービスがあれば、施設名と利用頻度を記入してください。			
	訪問入浴介護	<input type="checkbox"/>	短期入所生活介護	<input type="checkbox"/>				
	訪問看護	<input type="checkbox"/>	短期共同生活介護	<input type="checkbox"/>				
	訪問リハビリ	<input type="checkbox"/>	施設入所者生活介護	<input type="checkbox"/>				
	居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/>	福祉用具購入	<input type="checkbox"/>				
	通所介護	<input checked="" type="checkbox"/> ときめき園 月・木	住宅改修	<input type="checkbox"/>				
	その他	<input type="checkbox"/>						
居住状況 (調査場所)	<input checked="" type="checkbox"/> 在宅 (<input type="checkbox"/> 住所地以外の宅 :) <input type="checkbox"/> 施設入所 (施設名 :) <input type="checkbox"/> 病院入院 (病院名 :) 退所 退院 予定日 月 日頃							
日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 1. 一日中ベッド上で過ごす <input type="checkbox"/> 2. 屋内での生活は介助を要するが <input checked="" type="checkbox"/> 3. 屋内での生活は概ね自立している <input type="checkbox"/> 4. 何らかの障害を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する							
認知症の有無	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1 何らかの認知症は有するが <input checked="" type="checkbox"/> 2 日常生活に支障をきたす症状が見られるが、誰かが注意していれば自立できる <input type="checkbox"/> 3 意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする 							
最近の受診状況	<input checked="" type="checkbox"/> あり 1 月 15 日頃受診 (病院名: ○○病院) <input type="checkbox"/> なし → <input type="checkbox"/> 内服薬のみ家族がもらってくる → <input type="checkbox"/> 内服薬なし ※最近3カ月以内に受診した病院が無い場合は、 * 訪問調査に対する希望や特記事項などがあります							
その他	最近病院に行った日を記入してください。 なお、3カ月以上受診が無い場合は、 介護保険課職員にその旨を申し出てください。							
受付者記入欄	被保証回収 個人番号 (提出時) ※この欄は記入しないでください							納 有・無 <input type="checkbox"/> 確認済