

# 記入例

様式第7号(第9条関係)

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

申請書

いずれかにチェック

熊本県菊池郡大津町長 様

次のとおり申請します。

申請年月日

○年 ○月 ○日

被 保 険 者	被保険者番号	○○○○○○○○○○○○○○○○	個人番号	ご記入の必要ありません。			
	医療 保険	保険者名	○○○○	保険者番号	○○○○		
		被保険者証	○○	番号	○○○○	枝番	○○
	フリガナ	オオヅ タロウ		生年月日	明・大・昭 ○年 ○月 ○日		
	氏名	大津 太郎		性別	男 ・ 女		
	住所	〒869-○○○○ 熊本県菊池郡大津○○○-○○			電話番号	○○○-○○○○	
	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	以前介護認定をお持ちの場合は、要介護状態 区分と有効期間のご記入をお願いします。		
		※14日以内に他自 治体から転入した 者のみ記入	有効期間	○年 ○月			
	過去6月間の 介護保険施設 医療機関等 入院、入所の 有無	有	介護保険施設の名称等・所在地		期間	年 月 日～ 年 月 日	
		無	介護保険施設の名称等・所在地		期間	年 月 日～ 年 月 日	
名称等・所在地			期間	年 月 日～ 年 月 日			
医療機関等の名称等・所在地 ○○病院			期間	○年○月○日～○年○月○日			

申請者氏名	大津 花子	被保険者 との関係	○
申請者住所	〒869-○○○○ 熊本県菊池郡大津○○○-○○ 電話番号○○○-○○○○		
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)		

主 治 医	主治医の氏名	○○ ○○	医療機関	記入された医療機関等に町から意見書 作成を依頼します。 ※必ず主治医の先生に事前にご相談の うへご記入ください。
	所在地	〒869-○○○○ 熊本県菊池郡大津○○○-○○ 電話番号		

第2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

特定疾病名	40歳から64歳の方のみご記入してください。医療保険証の写しが必要になります。
-------	---

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、及び主治医意見書を、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。

※必ずご記入ください。

本人氏名 大津 太郎

代筆者氏名 大津 花子

認定調査連絡票

被保険者氏名	大津 太郎	年齢（申請日時点）	〇〇歳
調査場所	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅（ <input checked="" type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 【     】人暮らし（構成員：     ）） <input type="checkbox"/> 病院 【 名称：     】 <input type="checkbox"/> 施設 【 名称：     】 <input type="checkbox"/> その他 【     】		
	住所： 電話番号：		
サービス利用している日（○をつけてください。（ ）は備考）	通所リハビリ（デイケア）	月・火・水・木・金・土・日	（     ）
	通所介護（デイサービス）	月・火・水・	現在サービス利用をしている場合 ご記入ください。
	訪問看護	月・火・水・	
	訪問介護（ホームヘルパー）	月・火・水・木・金・土・日	（     ）
通院・その他	月・火・水・木・金・土・日	（     ）	
調査時の立会い	調査立会い <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">いずれかにチェック</span> ・氏名【     大津 花子     】 ・関係 <input checked="" type="checkbox"/> 家族（続柄：     〇     ） <input type="checkbox"/> 施設職員 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> その他（     ） ・電話番号【〇〇〇—〇〇〇〇】（連絡のとれる番号）		

本人の状態

<span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">いずれかにチェック</span> 主な症状・行動	<input checked="" type="checkbox"/> 骨折（部位：     ） <input checked="" type="checkbox"/> 筋力低下 <input checked="" type="checkbox"/> 認知機能低下 <input type="checkbox"/> 閉じこもり <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> その他の病気の発症・重症化（病名：     ）		
	屋内の移動	<input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> 杖・歩行器など <input type="checkbox"/> 車椅子（自操・介助） <input type="checkbox"/> 寝たきり	
認知症状	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 物忘れ <input checked="" type="checkbox"/> 徘徊 <input checked="" type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 作話 <input type="checkbox"/> 感情不安定 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 同じ話の繰り返し <input type="checkbox"/> 自分勝手な行動 <input type="checkbox"/> その他（     ）		
主治医への受診	申請日3ヶ月以内の受診（予定含む） <input checked="" type="checkbox"/> 有（令和     〇年     〇月） <input type="checkbox"/> 無		
認定後希望するサービス	<input checked="" type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input checked="" type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 福祉用具（用具名：     ） <input type="checkbox"/> 住宅改修（場所：     ） <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> その他（     ）		
申請理由（「新規申請」の場合は必ず記入） 新規申請の場合は必ずご記入ください。			
留意事項（調査にあたって特に言っておきたいこと、本人の前で言いにくいこと等） <input type="checkbox"/> 視覚障がい <input type="checkbox"/> 聴覚障がい <input type="checkbox"/> 言語障がい <input type="checkbox"/> 病名の告知（有・無） 「本人には病名を知らせていない」等、何かあれば具体的にご記入ください。			
認定結果の通知先	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外（下記に通知先を記入） 住所：〒 氏名：     （関係：     ）		
		<span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">現住所と送付先が異なる場合 ご記入ください</span>	