

記載例

介護保険

申請書

鳩山町長 **74歳以下の方の保険者名は国民健康保険や社会保険組合と**
次のとおり **なります。(保健によって記号・枝番がない場合もあり)**

申請年月日 年 月 日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号	0 0 1 0 × × × × × × ×	個人番号			
	医療 保険	保険者名	埼玉県後期高齢者医療		保険者番号	
		被保険者証 記号		番号	× × × × × ×	枝番
	フリガ ナ 氏 名	サイタマ ハトヤマ		生年月日	昭和25年××月××日	
		埼玉 鳩山		性別	男	女
	住 所	〒350-0392 鳩山町大字大豆戸184-16		電話番号	049-296-1210	
	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	
		有効期間	年 月 日から		年 月 日	
		<p>※区分変更申請の場合は、【変更申請の理由】欄に記載をお願いします。 例：「～により申請時と状態が変わったため」等</p>				
	過 去 6 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	所在地		期間 年 月 日～ 年 月 日	
介護保険施設の名称等		所在地		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		
医療機関等の名称等		所在地		期間 年 月 日～ 年 月 日		

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)	
	住 所	〒	

**町から主治医の先生へ意見書を願
いする必要があるため、お名前をフル
ネームで記入してください。**

主 治 医	主治医の氏名	●● ■■	医療機関名	×××病院
	所在地	〒×××-×××× ▲▲▲市★町×-×-× 電話番号 ××××-××-××××		

第二号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

特 定 疾 病 名	第二号被保険者の方は主治医等に確認の上、特定疾病名を必ず記入してください。
-----------------------	--

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、主治医意見書、鳩山町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人が取得した心身の状況等の情報を、鳩山町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人、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に従事した調査員に提示する(地域支援事業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。

本人氏名 **埼玉 鳩山** (介護認定が必要な被保険者の方 ※代筆可)

認定申請に関する確認票

申請者様の審査にかかわる大切な資料となります。該当する箇所の□欄にチェックを入れ、記入をお願いします。

【訪問調査にかかわる連絡先等について】

在宅調査の際の調整や緊急時の連絡先となります。

連絡先等	①氏名	埼玉 大豆戸 ※本人との関係 (子)	電話番号	××× (×××) ××××	自宅 時間帯	・ 携帯	・ 職場 時頃
	②氏名	※本人との関係 ()	電話番号	()	自宅 時間帯	・ 携帯	・ 職場 時頃
	被保険者家族構成	本人、夫、子の三人 ※同居している家族を記載してください。					
調査場所	<input type="checkbox"/> 在宅 <input checked="" type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設	病院・施設名	×××病院		病棟・号室	××棟 等	
	※調査場所が病院・施設の場合は記入してください。				※病棟の番号 等		
立合希望	<input type="checkbox"/> する	立合者 (埼玉 大豆戸	本人との関係 : 子				
	<input checked="" type="checkbox"/> しない	※病院や施設での調査の場合は、看護師や職員への聞き取りが中心となります。					

【申請理由について】

医療機関からのすすめ

ご病気等があり、日常生活において困っている。

※上記にかかわる具体的な症状 (認知症、排泄についての不安など) ・ 申請に至るまでの入院歴 ・ 前回調査時との状態の変化の有無等
高血圧の既往あり。令和×年×月、第3腰椎圧迫骨折により入院中。

現在も腰痛があり、両足の筋力の低下もあるが、なんとか歩行している状況。令和×年×月、認知症の検査を行い、アルツハイマー型認知症の診断を受ける。医者からリハビリやデイサービス等の介護サービスを利用することを勧められたため。

審査会で説明する大事な内容となるため、具体的に記入をお願いします。

【現在の状況について】

病院に入院中

退院の予定がある (退院予定日 年 月 日)

自宅で生活している。

介護施設に入所中。(施設名 :)

【介護サービスの利用意向について】

デイサービス

ホームヘルプ

訪問看護

ショートステイ

福祉用具貸与等

施設入所

住宅改修

その他 (リハビリ)

【上記サービスの利用時期について】

すぐに使う予定がある

近い将来利用する

現在利用予定はない

【その他 (事前の伝達事項、現在の介護サービスの利用状況・回数等)】

障害者手帳×級所持 等

※本人に病状を伝えていない場合など配慮が必要な場合もその旨も記載してください。

※町記入欄

住基情報入力 (TKC)	審査会個人情報入力 (iRabit)	申請受付入力 (iRabit)	医師の意見書 送付	訪問調査依頼書 送付
資格者証 送付	ケアプラン受付	結果通知 送付	保険者証 送付	