

要支援者の
要介護新規申請

険要介護（要支援）認定申請書

申請区分に「レ」を記入してください。

新規 要支援者の要介護新規申請 更新 区分変更 転入

被保険者番号	0000##	申請年月日	令和00年00月00日
フリガナ	カイゴ マサオ	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 00年00月00日(00歳)
氏名	介護 正男	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 個人番号 ××××××××××××××××
住所	〒031-1800 八戸市大字〇〇字〇〇 〇〇番地〇〇	電話番号	0178-00-0123
要介護状態区分	<input checked="" type="checkbox"/> 要支援(2) <input type="checkbox"/> 要介護()	有効期間	令和00年00月00日 ~ 令和00年00月00日

-65歳以上の方も記入してください。

市町村)名 []
治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 いいえ はい [申請日 年 月 日]
受け取っている場合は「いいえ」を選択)

医療保険	保険者名 <input checked="" type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療広域連合 <input type="checkbox"/> その他()	保険者番号	20032
	医療保険被保険者証記号	ハチ	01
特定疾病名	※40~64歳の方のみ記入		

申請代行以外で提出を代行する場合
(グループホーム 他)はその他にご記入ください。
また、住所欄もご記入ください。

名称(氏名)	申請代行者 <input type="checkbox"/> 家族(続柄) <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input checked="" type="checkbox"/> 地域包括支援センター(高齢者支援センター)	その他 本人との関係
*本人申請は記入不要	〇〇地区高齢者支援センター	名称(氏名)
住所	〒031-00 八戸市	電話番号

医療機関名は正確に、
医師名はフルネームでご記入ください。

医療機関名	〇〇リハビリテーション病院	医師名	〇〇 太郎	主治医への確認日	令和〇〇年〇〇月〇〇日
		電話番号			

立会者以外に電話などでの
確認が必要な場合はご記入
ください。

代筆される場合は本人氏名、代筆者氏名の両方ご記入ください。

本人氏名	介護 正男	代筆者氏名	介護 花子	続柄()	妻
------	-------	-------	-------	-------	---

立会者	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 提出者と同じ <input checked="" type="checkbox"/> 他 (氏名 病棟看護師 被保険者との関係 病棟看護師) *上記以外の確認者(氏名 介護 花子 被保険者との関係 妻 電話番号 00-0000) <input checked="" type="checkbox"/> 必ず確認希望
日程調整の連絡先	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 立会者と同じ <input checked="" type="checkbox"/> その他(氏名 相談員 〇〇氏 被保険者との関係 担当相談員) (日中連絡可能な電話番号: 0178-00-4567 希望連絡時間帯 8:30~17:00)
調査場所	<input type="checkbox"/> 住所と同じ <input checked="" type="checkbox"/> 住所地以外(現在地 〇〇リハビリテーション病院 2階病棟 電話番号 0178-00-4567)
駐車場の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ない場合、近所で駐車できる場所()

①病歴・介護が必要となった背景	②入院・入所の状況(過去6か月の状況) ※退院予定もあれば記入
〇〇年より脳梗塞後遺症(右片麻痺) 0月に転倒し、大腿骨頸部骨折。現在入院しリハビリ中。今後自宅に退院予定。	名称 〇〇病院 〇〇リハビリテーション病院 期間 〇年〇/〇 ~ 〇年〇/〇 〇月末 〇年〇/〇 ~ 退院予定
③現在の状況	④利用中のサービス *通院 透析等も含む
・家族状況 <input type="checkbox"/> 独居 <input checked="" type="checkbox"/> 同居(夫婦) <input checked="" type="checkbox"/> 同居(その他)	<input type="checkbox"/> 総合事業利用
・認知症状 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有(軽く物忘れある)	通所介護(火木) 現在利用中

前回との違いなどを必ずご記入ください。

特別な医療や調査時に注意が必要な
点などがあればご記入ください。

区分変更・要支援者の要介護新規申請が必要な理由(前回申請時との違い)	転倒骨折により移動や排泄など介護量が増えている。	発行(未済)
------------------------------------	--------------------------	--------