

新規申請

介護保険要介護（要支援）認定申請書

八戸市長 次のおお申請します。

申請区分に「レ」を記入してください。

申請区分:  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	シンキ ハナコ	生年月日	00年00月00日(00歳)
氏名	新規 花子	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男
住所	〒031-1800 八戸市大字〇〇字〇〇 〇〇番地〇〇		
要介護状態区分	<input type="checkbox"/> 要支援( ) <input type="checkbox"/> 要介護( )		
有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
医療保険	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input checked="" type="checkbox"/> その他(〇〇健康保険組合)		
医療保険被保険者証記号	0000	番号	0000000
枝番	02	※医療保険の加入情報がわかるものの写しを添付してください	

・65歳以上の方も記入してください。

・65歳未満の方は記入してください。(16の特定疾病のいずれか) ・医療保険被保険者証の写しを添付してください。

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

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。

主治	医療機関名	内丸病院	医師名	医師野 誠	主治医への確認日	令和〇〇年〇〇月〇〇日
	所在地	〒		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 新規 花子 代筆者氏名 新規 一郎 続柄 ( 夫 )

立会者	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 提出者と同じ <input type="checkbox"/> 他 (氏名 被保険者との関係 )
日程調整の連絡先	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 立会者と同じ <input type="checkbox"/> その他 (氏名 被保険者との関係 )
調査場所	<input checked="" type="checkbox"/> 住所と同じ <input type="checkbox"/> 住所地以外 (現在地 電話番号 )
駐車場の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 (ない場合、近所で駐車できる場所 ( 自宅前駐車可 ) )

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
4月に肺炎で入院。退院後外出しなくなり、物忘れが目立つ。デイサービス希望	名称 〇〇内科病院 期間 0年0/0 ~ 0年0/0
③現在の状況	④利用中のサービス *通院 透析等も含む ※市処理欄
・家族状況 <input type="checkbox"/> 独居 <input checked="" type="checkbox"/> 同居(夫婦) <input type="checkbox"/> 同居(その他)	送付 付 確認 入力
・認知症状 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (薬の飲み忘れ 物をなくす。)	
・その他 (物忘れは本人がいない所で聞く 室内犬)	
*特別な医療	
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を記入)	資格者証発行(未済) 送付先

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。