

新規申請

介護保険要介護（要支援）認定申請書

八戸市長
次のとおり申請します。

申請区分に「レ」を記入してください。

[X] 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
氏名 新規 花子
住所 〒031-1800 八戸市大字000字00番地00
要介護状態区分: [ ] 要支援 ( ) [ ] 要介護 ( )
有効期間: 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
医療保険 保険者名 [ ] 国民健康保険 [ ] 後期高齢者医療保険 [X] その他(00健康保険組合)
医療保険被保険者証記号 0000 番号 0000000 枝番 02
特定疾病名 ※40~64歳の方のみ記入

・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。

提出者 名称(氏名) 申請代行者 新規 一郎
\*本人申請は記入不要
住所 〒 同上
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00年00月00日

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00年00月00日
所在地 〒 電話番号
本人氏名 新規 花子 代筆者氏名 新規 一郎 続柄 (夫)

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。

立会者 [ ] 無 [X] 提出者と同じ [ ] 他 (氏名 被保険者との関係 )
日程調整の連絡先 [ ] 本人 [X] 立会者と同じ [ ] その他 (氏名 被保険者との関係 )
調査場所 [X] 住所と同じ [ ] 住所地以外 (現在地 電話番号 )
①病歴・介護が必要となった背景 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
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
名称 00内科病院 期間 0年0/0 ~ 0年0/0
③現在の状況 家族状況 [ ] 独居 [X] 同居(夫婦) [ ] 同居(その他)
認知症状 [ ] 無 [X] 有(薬の飲み忘れ物をなくす。)
④利用中のサービス \*通院 透析等も含む ※市処理欄
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。
資格者証発行(未済) 送付先 付 確認 入力

新規 (2号)

介護保険要介護 (要支援) 認定申請書

八戸市長  
次のおり申請します。

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	シンキ ハナコ	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 00年00月00日 (00歳)
氏名	新規 花子	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女
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 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 (全国健康保険協会)	医療保険被保険者証記号	3340026
特定疾病名	脊髄小脳変性症	番号	11
	※40~64歳の方のみ記入	枝番	02

・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。

提出者	名称 (氏名)	申請代行者 <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) 新規 一郎	その他 本人との関係 名称 (氏名)
	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	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 (市内は不要)	〒 ー	電話番号	ー		

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。

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。

立会者	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 提出者と同じ <input checked="" type="checkbox"/> 他 (氏名 担当看護師 被保険者との関係 病院職員) *上記以外の確認者 (氏名 新規 一郎 被保険者との関係 夫 電話番号 090-xxxx-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 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 ) (日中連絡可能な電話番号: 相談員 0178-xx-0000 希望連絡時間帯 8:30~17:30)
調査場所	<input type="checkbox"/> 住所と同じ <input checked="" type="checkbox"/> 住所地以外 (現在地 〇〇総合病院 6階 電話番号 )
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
4月に脊髄小脳変性症と診断受け入院。 歩行時ふらつき強く転倒リスク高い。 今後は自宅でリハビリを希望	名称 〇〇総合病院 期間 0年0/0 ~ ●月退院予定
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 type="checkbox"/> 同居 (その他)	<input type="checkbox"/> 総合事業利用
・認知症状 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
・その他 (調子に波がある)	

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。

※市処理欄		
<input type="checkbox"/> 郵送受付		
受付	確認	入力

資格者証発行 (未済) 送付先