

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	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
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)	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	国民健康保険 <input checked="" type="checkbox"/> 後期高齢者医療広域連合 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/>	保険者番号	20032
医療保険被保険者証記号	ハ千		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	その他
*本人申請は記入不要	<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)	本人との関係
住所	〇〇地区高齢者支援センター 〒031-00 八戸市	名称(氏名)

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)
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)
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	〇〇年より脳梗塞後遺症(右片麻痺) 〇月に転倒し、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。	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	〇〇病院	期間	0年0/0 ~ 0年0/0
				〇〇リハビリテーション病院	0月末 ~ 退院予定	

③現在の状況	・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)	④利用中のサービス *通院 透析等も含む	※市処理欄
	・認知症状 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有(軽く物忘れある)	<input type="checkbox"/> 総合事業利用	<input type="checkbox"/> 郵送受付
		通所介護(火木) 現在利用中	受付 確認 入力

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。	証発行(未済)
------------------------------------	--------------------------	---------