記入例　介護保険〔要介護認定・要支援認定／要介護更新認定・要支援更新認定〕申請書

琴浦町長

次のとおり申請します。

被保険者証（黄色）参照

申請年月日　　年　　月　　日

申請の日付を記入

被保険者	介護保険被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	個人番号
	医療保険 保険者名		保険者番号
	医療保険 被保険者証	記号	番号　　枝番
	フリガナ	コトウラ　タロウ	
	氏名	琴浦　太郎	
	住所	〒689-2392 東伯郡琴浦町大字徳万591番地2 電話番号　0858（52）1702	
		＊日中連絡先（携帯可）自宅に日中連絡がとれない場合のみ記入 氏名　　続柄　　電話番号　（　）	
	前回の要介護認定の結果等	＊要介護・要支援更新申請の場合のみ記入	要介護状態区分　①　2　3　4　5　　要支援状態区分　1　2
			有効期限令和　□□年 □□月 □□日　から　令和 □□年 □□月 □□日
		＊14日以内に他自治体から転入した者のみ記入	転出元自治体（市町村）名［　　］ 現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 （すでに認定結果を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください） 「はい」の場合、申請日　　年　月　日
	過去6か月間の介護保険施設、医療機関等への入院・入所の有無（短期入所除く）	介護保険施設の名称等・所在地	期間　年　月　日～　年　月　日
	㊒・無	医療機関など・介護保険施設以外の名称・所在地 琴浦病院　琴浦町大字赤碕1140−1	期間　△△年△△月△△日～ ▲▲年▲▲月▲▲日

自宅の電話番号を記入。繋がりにくい場合は日中連絡先の氏名・続柄・電話番号（携帯可）も記入。

現在入院・入所中の場合のみ記入

申請者氏名	琴浦　花子	本人との関係	妻
申請者住所	〒 689-2392 琴浦町大字徳万591番地1	電話番号	1706
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・指定介護療養型医療施設、介護医療院）		

窓口等で申請される方を記入。提出代行者名称は、事業者が代行する場合のみ記入

主治医	主治医の氏名	介護　タロウ	医療機関名	琴浦病院
	所在地	〒689-2501 琴浦町大字赤碕1140−1 電話番号　0858　（55）0111		

本人の状態をよく把握している医師や、かかりつけの医師

2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入（医

特定疾病名	

介護（予防）サービス計画作成する等により必要があるときは、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、主治医意見書、琴浦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の関係人が取得した心身の状況等の情報を、琴浦町から地域包括支援センター、地域密着型サービス事業者、地域密着型介護予防サービス事業者、介護予防サービス事業者、従事した調査員に提

認定を受けたい方が４０歳から６４歳の場合のみ必ず記入。マイナ保険証又は資格確認書の提示。

被保険者本人の氏名（本人以外の者が記入の場合は、代筆者氏名も記入）

あわせて、更新申請において、認定有効期間内に要介護・要支援認定が行なわれる場合は申請から[redacted]を越える処分までの処理見込期間とその理由の通知（延期通知）を省略することに同意します。

本人氏名　　琴浦　太郎

（代筆者）　　琴浦　花子

認定調査連絡票

※新規申請者のみ

1. 本人の状況について

被保険者氏名	**琴浦 太郎**				
ご家族の状況	☑一人暮らし　□夫婦のみ　□家族同居				
現在の生活場所	□自　宅　（住民票の住所） ☑入院中　（退院予定　未定　**令和 〇〇年 〇月 〇日頃**）（転院予定　有 (無)　） □その他　（　　）				
利用中の在宅サービス	☑介護予防教室　□総合事業　□その他（　　） □医療サービス（ 訪問リハビリ　訪問看護　その他　　） □特になし				
現在の様子	・体の様子（ □歩行可　☑杖使用・つたい歩き　□車椅子　□寝たきり ） ・身の回りのこと（ □自分で可能　□見守り必要　☑介助が必要 ） ・物忘れや認知症状（ □ある　☑少しある　□なし ） ・受け答え（ ☑できる　□できない ） ・その他（　　）				
申請理由	☑介護保険サービスを利用したい（本人のサービス利用意思 ☑有　□無 ） □　主治医(病院)よりすすめられた □　その他(　　)				
希望のサービス	□訪問系サービス	□デイサービス	☑通所リハビリ	□福祉用具貸与	□福祉用具購入
	□住宅改修	□施設入所	□グループホーム	□その他(	

2. 認定調査について

調査の場所	□自宅(住民票の住所地) → 調査員用の駐車スペース（ (有) ・ 無 ） ☑入院中の病院（ 病棟 ・病室　　**A 病棟　3 階　302 号室** ） □その他（　　）
調査の同席（予定）	☑有 氏名（ **琴浦 介護**　　）続柄（ **長男** ）電話（ **09** □無
調査の日程調整を行う連絡先	□本人　☑上記の同席者 □その他 氏名（　　）続柄（　　）電話（
調査の日程	※都合の悪い曜日・時間等があれば記入してください　**月・水曜日の午後**
調査に関して伝えておきたいこと	（本人の状態、本人に未告知の病名、別室での聞き取りの必要等がありましたら記入してください） **転倒し大腿骨骨折により入院。現在リハビリ中。　肺がんを発症しているが、本人には未告知。**
結果通知の送付先	☑被保険者自宅　□その他（希望される送付先の記入をお願いします） 氏名 住所

調査場所が自宅の場合、駐車場所の有無を

入院中の場合、病棟・病室を記入

都合の悪い日等を記入。これをもとに訪問調査の日程調整を行います。

＊受診の際は、ご家族の方等の同行をお願いします。