

介護保険 要介護 認定申請書

要介護
要支援

※該当するものにチェック☑をしてください。

新規（要支援の区変） 更新
 区分変更 転入

記載例

次のとおり申請します。

申請年月日										令和 6 年 1 月 日																															
被保険者番号										0	9	0	0	1	2	3	4	5	6	個人番号										0	0	1	1	2	2	3	3	4	4	5	5
被 保 険 者	医療保険		保険者名		75歳以上は、後期高齢者と記載										保険者番号		後期：390043419 国保：043419																								
			被保険者証		記号												番号		医療保険証の番号					枝番																	
		フリガナ		マル モ リ タ ロ ウ										性別		男 ・ 女																									
		氏名		丸森 太郎										生年月日		大・昭 18 年 1 月 1 日																									
		住所		〒981-2192 丸森町字鳥屋 1 2 0										電話番号 0224 - 51 - 9904																											
		前回の要介護認定の結果		新規の場合記載不要																																					
		過去6月間の介護保険施設・医療機関等への入所入院の有無		介護保険施設等の名称・所在地 丸森病院										期間 5 年 12 月 1 日 ~ 年 月 日																											
				半年の間に入院した。 入院中・入院予定の場合記載										期間 年 月 日 ~ 年 月 日																											
		有 ・ 無												期間 年 月 日 ~ 年 月 日																											

申 出 代 行 者 又 は 申 請 者	氏名		丸森 花子 (申請書を記入している方の情報)										被保険者との関係		長女									
	提出代行者名		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) 介護支援事業所が申請する場合にこちらに、事業所名を記載。基本は記載不要																					
	住所		〒983-8517 仙台市宮城野区.....										電話番号 022 - 222 - 3333											

主 治 医	主治医の氏名		かかりつけ医の情報を記載										医療機関名		丸森病院									
	所在地		〒										電話番号 - -											
	最終診察日		6 年 1 月 1 日										次回診察予定日		令和 6 年 2 月 1 日 付添者氏名：丸森 花子									

※裏面の「介護認定情報の提供等に関する同意事項」を確認の上、署名してください。

◎第二号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入してください。

特定疾病名	
-------	--

【丸森町記入欄】

(R5.11.1)

受付		意見書	在新・在継・施新・施継
----	--	-----	-------------

介護認定情報の提供等に関する同意事項

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、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・意見、及び主治医意見書を、丸森町から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員等に提供することに同意します。

<本人氏名>

<代筆者氏名（続柄）>

自署

本人自署ができない場合記載（続柄）

状況調査 ※調査を円滑に行うため、ご本人の状況等について記入してください。

心身の状況	各項目について、最も当てはまるものに○をつけてください。
	歩行 ①. できる 2. 何かにつかまればできる 3. できない
	食事 1. 自分で食べる ②. 一部介助が必要 3. 全部介助が必要
	排泄 ①. 自分でトイレでできる 2. 手伝えばトイレでできる 3. オムツを使用
	意思の疎通 ①. できる 2. 時々できる 3. ほとんどできない 4. できない
物忘れ 1. ない 2. 時々ある ③. 常にある	
介護サービス等の利用予定・状況	利用したい介護サービス、または利用中の介護サービスについて記入してください。 ①. 利用したい 在宅：デイサービス・デイケア 福祉用具レンタル・購入 住宅改修 訪問介護 オムツ助成 施設：グループホーム 老健 特養 その他（ ） 2. 利用している 在宅：デイサービス・デイケア（利用曜日 ） 施設：グループホーム 老健 特養 その他（ ） 3. 利用予定なし
病名	今までにかかった病気、または治療中の病気があれば○をつけてください。 ①. 脳血管疾患 2. 高血圧症 3. 心臓病 4. 骨折 5. 関節リウマチ 6. 糖尿病 7. ガン 8. 認知症 ⑨. 骨そしょう症 10. その他（ ）
申請理由 ※区変の時は詳しく記入	日常困っている事や、利用を検討しているサービス、状態の変化などについて具体的に記入して下さい。 例：現在入院中で、退院後に自宅で過ごせるように、介護サービスの利用をしたいから物忘れが多くなり、認知も見られ、家族の介護の負担が大きくなってきており、介護認定を受けて、介護サービスを利用したいから

認定調査に関する連絡先 ※調査の日程について連絡します。（郵送申請の場合必ず記載）

氏名	続柄	電話番号	※認定調査に立ち会う方（ご本人の状態をよくご存知の方）を記入してください。 ※平日午前8時30分から午後5時まで連絡のつく電話番号を記入してください。
丸森 花子	長女	自宅：022-222-2222 携帯等：090-5555-5555	

◎調査実施場所： 自宅 病院 施設（調査時立会いの希望 有 ・ 無 ）

調査場所・日程については、上記連絡先に申請書を受領次第ご連絡いたします。