

宇部市長様

下記のとおり申請します。

チェックは、レ点又は塗りつぶし。以下、同

記入例

申請区分	<input checked="" type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 転入	申請日	平成 28 年 4 月 1 日
申請者等に関する事	申請者提出代行者	氏名	宇部 花子 <small>※提出代行者は@が必要です</small>
	本人との続柄等		長男の妻
電話番号	郵便番号	755 - ****	住所
	携帯番号	* * * - 1 2 3 4 - 5 6 7 8	宇部市常盤町**丁目10-10
	自宅	0836 - ** - 1234	
	提出代行事業所		

被保険者本人に関する事	被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	個人番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 * *	※個人番号記入がある場合は、添付書類等が必要です	
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ場合は左端□にチェックのみ フリガナ	性別	性 別	生年月日	
		ウベ タロウ		男・女 M・T・S	10 年 10 月 10 日	
	住民票の住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ場合は左端□にチェックのみ	宇部市	常盤町**丁目10-10	電話番号	** - 4321
	郵送先を住所地以外に希望する場合	〒 *** - ****	東京都●●市▲▲	続柄 (長男)	宇部一郎	方
	居所が住民票と異なる場合 ※入所・入院の場合は所在地と名称、その他の場合は住所と〇〇宅等	<input type="checkbox"/> 入所 <input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他	宇部市 琴芝町**丁目1-1	いろは病院	TEL	** - 1234
	入院の場合	内科 病棟 2 階 205 号室	入院日	年 月 日	日にち不明の場合	今月 先月 3 ヶ月前頃
	介護度等	要支援 1 2	要介護 1 2 3 4 5	有効期間満了日	年 月 日	
	ケアマネジャー	事業所名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ場合は左端□にチェックのみ	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ場合は左端□にチェックのみ	電話番号

意見書	医療機関名	いろは病院	主治医	山口 県太郎
	意見書記載について主治医の承諾	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	1か月以内の受診	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

者の場合	2号被保険者	医療保険者名	
		保険者番号	記号番号
		特定疾病名	

介護サービス計画または介護予防サービス計画、若しくは介護予防ケアマネジメントを作成する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、宇部市から地域包括支援センター（高齢者総合相談センター）、居宅介護支援事業所、居宅サービス事業者若しくは介護保険施設の関係者、主治医意見書を記載した医師に提示することに同意します。

本人氏名(自署) 宇部 太郎

(代筆の場合)代筆者氏名

宇部 花子

本人との続柄等

長男の妻

※円滑・効果的な認定調査を実施するため、裏面のご記入をお願いします。

介護保険 要介護・要支援認定申請にあたり、調査に関する希望等調査票

調査の希望曜日等 ※希望がある場合記入		<input type="checkbox"/> 希望の曜日 <input type="checkbox"/> 都合が悪い曜日		月	火	<input checked="" type="checkbox"/> 水	木	金
		<input type="checkbox"/> 希望の時間帯 <input type="checkbox"/> 都合が悪い時間帯		午前	午後	10	時頃	
理由		例)月と木はデイサービス利用のため 同席者は勤務があり、休みが水曜日のため						
調査場所 ※本人の居所 以外の場合記入		※調査場所は、原則、自宅または入所・入院先です 入院先のいろは病院						
理由								
訪問時の駐車場の有無		<input type="checkbox"/> 車庫 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (自宅東側空き地) <input type="checkbox"/> 無						
同席希望 が有る 場合	同席者氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ場合は左端■にチェックのみ フリガナ (ウベ イチロウ)			本人と の 続柄等 ()	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input checked="" type="checkbox"/> 子 (長男) <input type="checkbox"/> その他 ()		
		宇部 一郎						
	電話番号 (日中の連絡先) ※申請者と同じ場合 は記入不要	携帯	0 * 0 - 1 2 3 4 - 5 6 7 8	電話の希望時間帯 <input checked="" type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 (10) 時頃				
		自宅						
		その他						
調査時の注意事項 本人が病名を知らないので注意してほしい。 介護保険の調査と言うと、本人が拒否する可能性があるので注意してほしい。								
新規申請 の場合	本人の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 身体の支障あり <input type="checkbox"/> 認知症の症状等あり <input type="checkbox"/> 難聴あり 1年前頃から物忘れがひどくなっていた。このたびの脳梗塞で右マヒがある。						
	申請のきっかけ	<input checked="" type="checkbox"/> 日常生活に支障がある <input type="checkbox"/> 家族 <input checked="" type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> ケアマネ のすすめ 医師より、退院に向け、申請をすすめられた。						
	サービスの希望	<input type="checkbox"/> 家で使うサービス <input checked="" type="checkbox"/> デイサービスなどの通いのサービス <input checked="" type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> 入院・転院 <input type="checkbox"/> その他 トイレに手すりが必要と考えている。また、閉じこもりにならないよう、デイサービスを希望している。						
	世帯状況	<input type="checkbox"/> 独居		同居者あり <input type="checkbox"/> 配偶者 <input checked="" type="checkbox"/> 子 (長男夫婦と同居だが勤務のため日中不在) <input checked="" type="checkbox"/> 同居者あるが日中独居 <input type="checkbox"/> その他 ()				
変更申請 の場合	・いつ頃、どのような変化があり、この変化により新たに困ったこと ・今後、新たに増やしたいサービスなど							
入院中 の場合	入院の理由(傷病名等)	脳梗塞により救急車で搬送され、そのまま入院中						
	現在の状態と 今後の見通し	<input type="checkbox"/> 急性期 <input checked="" type="checkbox"/> 回復期 医師より、退院に向けた準備をするよう話があった。						