介護保険　要介護・要支援認定申請書

Ver.　2.1

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	レ 新規　☐ 更新　☐ 変更　☐ 転入	申請日	令和　2　年　4　月　1　日

申請者等に関すること					
申請者提出代行者	氏名	フリガナ　ウベ　ハナコ 宇部　花子		本人との続柄等	長男の妻
	郵便番号	755　－　****	住所	宇部市常盤町**丁目10－10	
電話番号	携帯番号	＊＊＊－1234－5678			
	自宅	0836　－　**　－　1234			
	提出代行事業所	－　－			

被保険者本人に関すること					
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	☐ 申請者と同じ場合は左端☐にチェックのみ フリガナ　ウベ　タロウ 宇部　太郎	性別	男・女	生年月日	M・T・S　10　年　10　月　10　日
住民票の住所	☐ 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○○宅等

☐ 入所
☐ 入院
☐ その他

TEL　**-1234
宇部市　琴芝町**丁目1－1　いろは病院

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	☐ 申請者と同じ場合は左端☐にチェックのみ	電話番号	☐ 申請者と同じ場合は上段☐にチェックのみ	
氏名	☐ 申請者と同じ場合は左端☐にチェックのみ フリガナ			

意見書に関すること					
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	有　無	1か月以内の受診	有　無		

2号被保険者の場合			
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ｼﾞ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	■ 希望の曜日　□ 都合が悪い曜日	月　火　■水　木　金	
	■ 希望の時間帯　□ 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	□ 車庫　■ その他　（　自宅東側空き地　）　□ 無		

同席希望が有る場合	同席者氏名	フリガナ　ウベ　イチロウ 宇部　一郎		本人との続柄等	□ 配偶者 ■ 子（　長男　） □ その他 （　　）
	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＊0－1234－5678	電話の希望時間帯	
		自宅	－　－	■ 午前　□ 午後	
		その他	－　－	（　10　）時頃	

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	■ 身体の支障あり　□ 認知症の症状等あり　□ 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	■ 日常生活に支障がある　□ 家族　■ 医師　□ 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	□ 家で使うサービス　■ デイサービスなどの通いのサービス ■ 住宅改修　□ 福祉用具　□ 施設入所　□ 入院・転院　□ 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	□ 独居 □ 同居者あり　同居者は　□ 配偶者　■ 子（長男夫婦と同居だが勤務のため日中不在）　□ その他（　　） ■ 同居者あるが日中独居
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	□ 急性期　■ 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。