

申請書記入例

介護保険被保険者証に記載された10ケタの番号を記入してください。

次のとおり申請します。

要介護・要支援更新認定
要介護・要支援認定区分

☆申請時に必要なもの☆
・介護保険被保険者証
(郵送の場合も原本を同封)
・公的医療保険の被保険者証
(国民健康保険証など)

被 保 険	被保険者番号	2 0 0 0 ○ ○ ○ ○ ○ ○											
	個人番号	* * * * * * * * * *											
	医療 保 険	保険者名						保険者番号					
		被保険者証	記号				番号						
	フリガナ	イガ ハナコ					生年月日	昭和○○年○○月○○日 (○○歳)					
	氏名	伊賀 花子					性別	男・女					
	住所	〒 518 - 0000 伊賀市四十九町○○番地 電話番号 0595(26)											
要介護度状態区分	要支援 1 2		要介護 1 2 3 4 5										
有効期間	年 月 日 から 年 月 日												
転入元自治体(市町村)名	[]												
現在、転入元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。	はい・いいえ												
過去6月間の介護保険施設・医療機関等の入院・入所の有無	無	有	入所施設名 所在地										

医療保険被保険者証等の内容を記入してください。

現在、介護保険施設等に入所・入院されている場合は、その施設名等を記入してください。

提出者(来庁する人または郵送申請をする人)の住所・氏名等を記入してください。
※代行の場合は、事業所名・住所提出者の氏名を記入してください。

提 出 者	氏名	伊賀 太郎									
	代行者	該当に○(地域包括支援センター・居宅介護支援事業所) 居宅介護支援事業所									
	住所	〒 518 - ※被保険者本人が申請する場合は記入不要です。 伊賀市四十九町○○番地 電話番号 ()									

介護認定を受けるために、現在のご本人の状態をよく分かっている医師を記入してください。
記入された医師へ市役所から意見書記入の依頼をします。

主治医の診察を受けていますか?
数ヶ月受診されていないと、主治医意見書の作成ができない場合があります。その場合、受診のお願いの連絡をさしあげることがあります。

内容、介護認定審査
者、居宅サービス事
提示することに同意

やむを得ない理由で本人が署名できない場合は、本人に同意の意思を確認し、申請者が代筆署名してください。

調査書、本
居宅介護支援事業
医意見書を記載した医師又
調査に従事した調査員に

本人署名 伊賀 花子
代筆 伊賀 太郎

様式第6号(第11条関係)

訪問調査にあたり、下記の□にチェック(レ点)を付けた上、必要事項をご記入下さい。

申請理由 (新規申請・変更申請の場合)	(新規 例) 足腰が弱り外出の機会が減ったのでデイサービスを利用したい。 一人暮らしで家事ができにくくなったためホームヘルパー希望。 (変更 例) 転倒し歩行困難になったためサービスの見直しが必要になった。 認知症が進行し、ショートステイや入浴サービスを増やしたい。
------------------------	--

○訪問調査日として都合の悪い日・悪い時間等をお聞きします。

[土・日曜日、祝日、12月29日～1月3日は実施しておりません。]

いつでもよい

通院やデイサービス利用日等で都合の悪い日、悪い曜日

水曜日はデイサービスのため都合が悪い

[実施時間は、~~9:00~~ 10:30、13:30、15:00 です]

いつでもよい

都合の悪い時間帯がある(上記実施時間に×をつけてください)

○訪問調査先について

自宅 () 団地・アパート() 階() 号棟

施設 入所中 施設名 _____

短期入所(ショートステイ) 施設名 _____ [利用期間] _____ ~ _____

入院先の病院 () 〇月 〇日から入院) _____ 〇〇総合病院 〇〇 病棟 _____ 号室

退院の目途 有り いつ頃 _____ 〇月 _____ 日頃

無し

主治医の許可 有り

無し ←許可をもらってからは、必ずは入院先の主治医の許可をもらってください。

その他(自宅以外) 場所名 _____

入院中の場合は状態が安定してから調査を行います。①入院した日②病室③退院予定日(目処)を必ず記入してください。また、主治医の許可が必要です。

○調査時の立会いの有無について

有り 氏名 **伊賀 太郎** (本人との関係: **夫**)

無し 理由 _____

[当日、調査対象者の方の状態や介護の様子をありのまま調査させて頂き、普段の様子もお聞きします。ご本人や介護されている方が、普段困っていることなどを具体的にお伝えください。]

*調査時間: 約1時間です。「途中でしんどくなった」場合は、遠慮なく教えてください。

*調査項目に確認動作(手を上げるなど)があり、無理のない範囲で行っていただきます。

○申請及び調査に関することについての連絡先 *調査日時確認の電話 希望する 不要

本人 立会者 家族(続柄: _____) その他(関係: _____)

氏名 **伊賀 太郎**

電話 **0595 - 26 - 〇〇〇〇**

携帯電話 **090 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇**

連絡場所(施設、職場等) _____ ()

おかけする時間帯の指定はできません。

◆お願い◆

調査日まで、あらかじめ調査員に伝えておきたいことがありましたら、申請時の窓口でおきかせいただくか、調査前日にお電話ください。 [認定調査係 TEL 26-3941]

市役所整理欄

申請入力	個人番号	健康保険	本人確認	資格者証	被保険者証	被保険者証未回収処理	調査予約		調査通知	調査日時	
					<input type="checkbox"/> 済	<input type="checkbox"/> 再交付申請済	施 委 託			月 日 ()	
					<input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 調査時回収				:	~
					<input type="checkbox"/> 後日持参	<input type="checkbox"/> 手渡し				<input type="checkbox"/> 郵送	