

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

富 里 市 長 様
次のとおり申請します。

被 保 者	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	〇〇保険組合												保険者番号				1234														
		被保険者証	記号		123												番号		12345												枝番		01
	フリカゝナ		トミサト タロウ												申請年月日				令和〇年〇月〇日														
	氏　名		富里　太郎												生年月日				明・大・昭 〇年〇月〇日								性別	男					
	住　　所		〒 286-0221 富里市七栄 6 5 2 - 1 電話番号 9 3 - 1 1 1 1																														
	前回の要 介護認定 の結果等		*要介護・要支援更新認定 の場合のみ記入	要介護状態区分 1 2 3 4 5 支援状態区分 1 2 有効期間 年 月 日から 年 月 日まで																													
			＊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。〔はい・いいえ〕 （既に認定結果通知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ヶ月間の介護保険施設、医療機関等への入院又は入所の有無												有 ・ 無																					

申請者氏名	富里 次郎	本人との続柄	長男
申請者住所	〒 2 8 6 - 0 2 2 1 富里市七栄〇〇 電話番号 0 4 7 6 - 〇 〇 - 〇 〇 〇 〇		
提出代行者名称	該当するものに〇印を付けてください。(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)		

主 治 医	主治医の氏名	〇 〇 〇 〇	医療機関名	〇 〇 医院
	所 在 地	〒 2 8 6 - 0 2 2 1 富 里 市 七 栄 〇 〇 電話番号 〇 4 7 6 - 〇 〇 〇 - 〇 〇 〇 〇		

第二号被保険者（40歳から64歳までの医療保険加入者）のみ記入

特 定 疾 病 名	
-----------	--

要・主
地、主
定か人、
認市係
護里関
介富の
要、設
を、施
は、保
意見意
と看護
る医介
あ治は
が主く
要及び
必若示
に見者
め業提
た・事
の果ス
営結ビ
運定一
な判サ
切る宅
適よ居
のに、
業会者
事業に
事査調
險審事
保定支
護認定
介護は
等紹介
作成、
作内容
画の一
計調査
スるタ
ビ係セ
ー援書
サ一定
護認括
介護意
支援包
支域治

本人氏名 富里 太郎

① 訪問調査時の立ち会いの有無、および立会者への連絡先

ご家族等の立ち会い ☒ 有 ☐ 無		昼間の連絡先電話番号 (確実に昼間ご連絡のつくところ)	
立会者の氏名	富里 次郎	自宅 0476-〇〇-〇〇〇〇	時 頃
立会者の住所	富里市七栄〇〇	携 帯	時 頃
本人との関係	長男	職 場	時 頃

(入院中の方は、棟・室番号 _____ 棟 _____ 階 _____ 号室)

② 主治医について

近日、受診の際には、主治医の先生に
『介護保険の認定のため、意見書を先生に
書いてほしい。』旨を、お伝えください。

(外来)前回診察日 〇月 〇日	(外来)次回診察日 〇月 〇日
--------------------	--------------------

※この申請書を提出する日を基準にしてください。

③ ケアマネジャーについて（在宅介護の方のみ）

事業所		ケアマネ	
-----	--	------	--

④ 現在、利用されているサービスについて（デイ・ヘルパー・ショート等）

サービスの種類	実施事業所	利用している曜日、時間帯、回数、サービス内容
☒ 訪問介護	☒ 〇〇事業所	☒ 毎週月、木の 10 時～12 時 掃除・食事づくり

⑤ 福祉用具の貸与・購入・住宅改修について

	品 目			
貸 与	☒ ベッド・車イス			
購 入	☒ シャワーベンチ			
住宅改修	【改修箇所】 ☒ 手すり・段差解消			
有 ・ 無				

⑥ 現在、対象者が住所地以外にいる場合はご記入ください。

別居の子供の家にいる等

両面、ご記入ください