

# 介護保険 要介護認定・要支援認定申請書

**新規**

(あて先) 山形市長  
次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

|       |   |        |  |
|-------|---|--------|--|
| 提出者氏名 |   | 本人との関係 |  |
| 提出者住所 | 〒<br>電話番号   |        |  |
| 提出代行者 | 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・介護医療院) |        |  |

|                                     |                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |                |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------|-----------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------|----------------|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 被<br>保<br>険<br>者                    | 介護保険<br>被保険者番号              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 個人番号 |                |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                     | 医療保険                        | 保険者名   | <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険<br><input type="checkbox"/> |  |  |  |  |  |  |  |  |      | 保険者番号          |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                     |                             | 被保険者証  | 記号   |  |  |  |  |  |  |  |  |      |                | 番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                     | フリガナ                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 生年月日 | 大・昭 年 月 日 ( 歳) |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                     | 氏名                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 性別   | 男 ・ 女          |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                     | 住所                          | 〒  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 電話番号 |                |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                     | ※14日以内に他自治体から転入した者のみ記入      | 転入前市町村名 [ ]<br>現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。<br>(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 ・ いいえ<br>・「はい」の場合、申請日 年 月 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |                |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 病院・施設に入院中の場合<br>(短期の入院・入所を除く)       | 病院名又は施設名                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |                |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                     | 所在地                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |                |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                     | 期間 年 月 日～ 退院・退所予定日 年 月 日・未定 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |                |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 上記以外で過去6月間の介護保険施設、医療機関等への入院、入所のある場合 | 病院又は施設名                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |                |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                     | 期間 年 月 日～ 退院・退所日 年 月 日      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |                |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|     |       |           |        |                         |
|-----|-------|-----------|--------|-------------------------|
| 主治医 | 医療機関名 |           | 主治医の氏名 |                         |
|     | 診療科目  |           | 最終受診日  | 年 月 日<br>(申請日から過去1カ月以内) |
|     | 所在地   | 〒<br>電話番号 |        |                         |

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

|       |  |
|-------|--|
| 特定疾病名 |  |
|-------|--|

次の事項に同意される場合は、署名をお願いします。

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山形市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に提示することに同意します。

本人氏名 \_\_\_\_\_ 代筆者 \_\_\_\_\_ (続柄) \_\_\_\_\_

# 現況確認表

納付確認 未納有  納付済

|      |
|------|
| 受付者印 |
|      |

## 1. 担当居宅介護支援事業者（介護保険施設）

|      |  |                 |  |     |         |         |
|------|--|-----------------|--|-----|---------|---------|
| 事業者名 |  | 担当介護支援<br>専門員氏名 |  | 連絡先 | TEL ( ) | FAX ( ) |
|------|--|-----------------|--|-----|---------|---------|

## 2. 現在の状況

|  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 家族状況 （ 独居 ・ 同居（夫婦のみ） ・ 同居（その他） ）</li> <li>・ 入院中の場合は退院後の予定<br/>在宅 ・ 施設 ・ 転院（施設 ・ 病院名 _____ ） 未定</li> </ul> |
|--|

## 3. 利用したいサービス

|            |            |                |        |
|------------|------------|----------------|--------|
| 1 通所系のサービス | 2 訪問系のサービス | 3 福祉用具系のサービス   | 4 住宅改修 |
| 5 短期入所     | 6 施設入所     | 7 その他（ _____ ） |        |

## 4. 訪問調査時の連絡先等

|   |
|---|
| 住所 _____<br>氏名 _____（被保険者との続柄） _____<br>日中に連絡のとれる電話番号 ① _____ ② _____<br>その他調査に関する連絡事項（調査場所を含む） _____ |
| 調査時の同席について<br>家 族 ： 同席しなくてもよい ・ 同席したい（同席者名 _____）<br>介護支援専門員・包括職員 ： 同席しなくてもよい ・ 同席したい（同席者名 _____）     |

## 5. その他（現在の状況等）

|                           |
|---------------------------|
| 介護の必要性の原因となっている疾病名： _____ |
|---------------------------|