介護保険要介護認定・要支援認定申請書

□新規　□更新　☑区分変更（要支援者の要介護新規申請含む）

日立市長　殿　　次のとおり申請します。　　申請年月日　令和△△年△△月△△日

被保険者	介護保険被保険者番号	0 0 0 △ △ △ △ △ △ △		個人番号		
	医療保険 保険者名	茨城県後期高齢者医療広域連合		保険者番号	39082029	
	医療保険 被保険者記号・番号	記号		番号	01234567	枝番
	フリガナ	ヒタチ　タロウ		生年月日	明・大・(昭)　△△年△△月△△日	△△歳
	氏名	日立　太郎		性別	(男)・女	
	住所	日立市助川町１丁目１番１号		電話番号	（　　）	
	前回の要介護区分	要支援 (1)　2　　要介護　1　2　3　4　5				
	前回の有効期間	令和 7 年 4 月 1 日から 令和 8 年 3 月 31 日まで				
	区分変更申請の理由	歩行には杖や介助が必要で、入浴や着替え等は家族の介助が必要な状態。 妻も寝たきりで、退院後は夫婦二人での生活は厳しく、介護サービスの利用が必要なため。				
	現在いる場所（現住所以外の場合のみ、記入してください。）	施設・医療機関名又は世帯主氏名	□介護保険施設　☑一般病院等　□その他の場所 △△病院（△△病棟　△階　△△号室） ※退院・退所の予定＝ 未定・(あり)（令和 △△年△△月△△ 日）			
		住所 電話番号	〒317-8601 日立市助川町2丁目2番2号　電話番号　（△△）△△△△			
	転入者記入欄	転出元自治体（前保険者市町村）				
		認定申請状況	認定済・申請中（申請日：令和　年　月　日　認定調査：済・未）			

該当するものに○	認定調査の立ち会いを希望	(する)（下欄を記入してください。）・しない		
認定調査についての連絡先と立会人	氏名	日立　梅子	本人との関係	長女
	住所	〒317-8601 日立市助川町１丁目2番3号	日中連絡が取れる電話番号 （△△）△△△△	
	（調査希望曜日）　月　(火)　水　(木)　金　指定なし			

申請の手続きを被保険者に代わって行う場合に記入してください。（該当するものに○）

提出代行者	（地域包括支援センター・指定居宅介護支援事業所・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・地域密着型介護老人福祉施設・その他　）
	名称　　担当者名：
	所在地　〒　　電話番号　（　　）

被保険者の主治医を記入してください。

主治医	医療機関名	△△病院	医師の氏名	助川　一郎	△△ 科	市記入欄
	所在地	〒317-8601 日立市助川町２丁目２番２号 電話番号　（△△）△△△△	最終受診日	令和 △△年 △△月		新在・継施
			次回受診予定日	令和 △△年 △△月 △△日		

第2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入してください。

特定疾病名	

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為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、日立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。

市記入欄	保険証	資格者証
	有・無	済・未

本人氏名　日立 太郎　（代筆者）　日立 梅子

結果通知送付等に関する事項　※【】に○　【(本人入院中)・家族が受取困難】により、【(送付先変更)・ケアマネジャー等窓口受取】に変更願います。

被保険者氏名　日立 太郎　（代筆者氏名）　日立 梅子

送付先宛名（本人との関係：長女）　日立 梅子

送付先住所　〒317-8601　日立市助川町１丁目２番３号

調査員が訪問に伺う際の参考にさせていただきますので、ご本人の状況についてご記入ください。
また、該当する□にレをつけてください。

窓口に申請に来た方 ☑ 調査立会人と同じ		氏　名 住 所　〒	本人との関係 電話番号 （　　）
要介護認定を申請する理由		□ 更新のため ☑ 状態が悪くなったため □ 状態が良くなったため □ 介護認定を勧められたため（医師・病院の相談員・看護師・知人） □ 介護サービス利用を希望 （通所介護・訪問介護・施設入所・福祉用具・住宅改修） □ その他 （　　）	
現在の状況（複数回答可）		□ 親族と同居（配偶者・子・孫・兄弟・その他（　　）） □ ひとり暮らし □ 日中独居 ☑ 病院入院中・施設入所中 □ その他（　　）	
お体の状況	治療中の病気について	□ ない ☑ ある （病名：認知症・心臓病・脳梗塞・脳出血・がん・糖尿病・高血圧・骨折 その他）	
	歩行について	□ 一人でできる □ 杖等使えば一人でできる ☑ 介助が必要 □ できない（寝たきり）	（その他）
	食事について	☑ 一人で食べることができる □ 一部介助が必要（おかずをのせる等） □ 全くできない	（その他）
	排泄について	□ トイレまたはポータブルトイレを使って一人でできる ☑ トイレまでの誘導など何らかの介助が必要 □ オムツを使っている	（その他）
	認知症について 気になる症状はありますか	☑ ある ・ひどい物忘れ ・ 妄想 ・ 幻覚 ・ 昼夜逆転がある ・ 乱暴なふるまいをする ・ 目的もなく動き回る ・ 辻褄が合わない ・ その他（　　） □ ない	（その他）
介護認定申請の本人の同意		（有）・ 無	
調査の際に配慮すること 事前に調査員に伝えておきたいことがあればご記入ください		耳が遠いので大きな声でゆっくり話してください。	