

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												個人番号															
	医療 保 険	保 険 者 名											保険者番号															
		被 保 険 者 記 号・番 号	記 号										番 号								枝 番							
	フリガナ												生年月日		明・大・昭 年 月 日						性 別		男 ・ 女					
	氏 名																											
	住 所												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 年 月 日から 令和 年 月 日まで																									
	区分変更申請の理由																											
	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 ※退院・退所の予定＝ 未定・あり (令和 年 月 日)																							
		住 所 電 話 番 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)																								

歳

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			本人との関係		
	住 所	〒		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			医師の氏名				科	市記入欄 新 在 ・ 継 施
	所在地	〒		最終受診日		令和 年 月			
		電話番号 ()		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	本人氏名 (代筆者)
	有・無	済・未	
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 (代筆者氏名) 送付先宛名(本人との関係:) 送付先住所 〒			

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。

窓口申請に来た方 □ 調査立会人と同じ		氏名 住所 〒 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			