

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

収受印

角田市長様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 者	被保険者番号	0 2 0 0	個人番号	
	フリガナ		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
	氏名		性別	男 ・ 女
	住所	〒 電話番号 ( )		
前 回 の 認 定 結 果 等 ( 更 新 認 定 の 場 合 )	要介護状態区分	1 2 3 4 5	要支援状態区分	1 2
	有効期間	平成 令和 年 月 日 から 平成 令和 年 月 日		
	転出元自治体(市町村)名	[ ]		
過 去 6 カ 月 間 の 施 設 医 療 機 関 等 入 院 ・ 入 所  有 ・ 無	介護保険施設の名称等・所在地	期間	年 月 日	
	医療機関等の名称等・所在地	期間	年 月 日	

代 行 者 ( 親 族 )	氏名		印
	住所	〒 電話番号 ( )	
提 出 代 行 者	名称	該当するものに○をつけてください ( 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 )	印
	住所	〒 電話番号 ( )	

主 治 医	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒 電話番号 ( )		
	最終診察日	令和 年 月 日		

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

医療保険者名		医療保険被保険者証記号番号	
特定疾病名			

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成する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角田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

 \_\_\_\_\_

< 状況調査票 >

- ・ 現在（申請時）被保険者の方は、どちらにおられますか。  
 自宅 / 施設・医療機関等 [名称等： \_\_\_\_\_] / その他 [ \_\_\_\_\_ ]
- ・ 身体の状態についてお尋ねします。  
 寝たきり / 介助で外出できる / 自由に外出できる
- ・ トイレの状態についてお尋ねします。  
 一人で行える / 手伝えばできる / できない（オムツ使用）
- ・ 着替えの状態についてお尋ねします。  
 一人で行える / 手伝えばできる / できない
- ・ 認知についてお尋ねします。  
 ふつう / なんとなくおかしい / 生活にも影響が出ている
- ・ 他に生活で困っていることがあればご記入ください。（例：足腰が悪くなった等）  
 [ \_\_\_\_\_ ]
- ・ 今までにかかった病気、または現在治療中の病気がありますか。該当する項目に○をつけてください。  
 脳血管障害（脳梗塞、脳出血等） / 高血圧症 / 心臓病 / 糖尿病  
 認知症 / 骨折 / リウマチ / がん / その他（ \_\_\_\_\_ ）
- ・ 訪問調査に立ち会っていただける方はどなたですか。（主に介護者）

氏 名	続柄	連絡先電話番号 (平日の日中連絡のとれる電話番号)	備考
※施設入所の場合：家族の立ち会い		有 ・ 無	

- ・ 訪問調査の希望日があれば記入してください。（月～金曜日10時～14時の間で）  
 月 日 時頃 または 希望する曜日 [ 月・火・水・木・金 ]
- ・ ケアマネージャーは、どなたですか。 [ \_\_\_\_\_ ]
- ・ 現在利用中のサービスはありますか。 [ \_\_\_\_\_ ]
- ・ 今後利用したいサービスはありますか。 [ \_\_\_\_\_ ]

※市確認欄 [ 受付者： \_\_\_\_\_ ] [ 新規 更新 \_\_\_\_\_ ]

- ・ 資格者証交付 [ 有 / 無 ] ・ 被保険者証回収 [ 有 / 無 ]
- ・ 申請者による個人番号記載 [ 有 / 無 ]  
 [ 身元確認方法：個人番号カード / 運転免許証 / その他 ( \_\_\_\_\_ ) ]
- ・ 窓口相談等  
 [ \_\_\_\_\_ ]

**新規申請理由**  
 身体的理由    精神的理由    入院中    主治医の勧め    家族等の勧め    オムツ券  
 その他 ( \_\_\_\_\_ )

**更新申請理由**  
 居宅サービス利用中    施設入所中 ( 特養・老健・GH・その他の施設 )    オムツ券のみ  
 入院中    サービス未利用    その他 ( \_\_\_\_\_ )