

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

(あて先) 本庄市長

次のとおり申請します。

申請年月日

令和5年4月1日

被 保 者	被保険者番号	0000123456				個人番号	123456789000				
	医療 保険	保険者名	※保険証の内容を転記してください。				保険者番号				
		被保険者 記号・番号	記号			番号			枝番		
	フリガナ	ホンジョウ タロウ				生年月日	昭和33年1月1日				
	氏名	本庄 太郎 (介護認定を受けたい方)				性別	男・女				
	住所	〒367-8501 本庄市本庄3-5-3 電話番号 0495-25-1719									
	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 要支援状態区分 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〔△△市〕								
			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。)								
過去6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	名称等・所在地 〇〇病院 本庄市銀座1-1-1	期間		令和5年3月1日～令和5年4月15日							
有・無	名称等・所在地	期間		年 月 日 ～ 年 月 日							
	名称等・所在地	期間		年 月 日 ～ 年 月 日							
	名称等・所在地	期間		年 月 日 ～ 年 月 日							

申請時点で入院等
をしている施設が
あれば記入してく
ださい。

申 請 者	氏名	児玉 花子(窓口にお越しいただく方)		本人との 関係	子 (介護認定を受けたい方からみた続柄)	
	提出者名称	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・介護医療院) ご家族が申請される場合、記入は不要				
	住所	〒367-0298 本庄市児玉町八幡山368(窓口にお越しいただく方の住所) 電話番号 0495-72-1331				

主 治 医	主治医の氏名	埼玉 次郎 (フルネームで記入)		医療機関名	〇〇病院	
	所在地	〒367-0052 本庄市銀座1-1-1 電話番号 0495-25-1111				

第2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 ※40歳から64歳までの方は健康保険証を持参してください。

特 定 疾 病 名	脊柱管狭窄症(16種類の特定疾病から該当するものを記入)
-----------	------------------------------

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・要支援認定に係る調査内容、介護認定調査会による判定結果・意見及び主治医意見書を、本庄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 本庄 太郎(介護認定を受けたい方)

介護認定調査を円滑に進めるため、次の事項について記入のご協力をお願いいたします。

被保険者名 (介護保険を利用される方)	本庄 太郎										調査への 立会希望	あり ・ なし
	被 保 険 者 番 号	0	0	0	0	1	2	3	4	5		
認定調査の場所												
☒ 本人宅 ☐ 入院・入所している医療機関・施設 名称 () ☐ その他 () 調査員が車を駐車できるスペースがありますか？ 住所 () あり ・ なし												
認定調査の連絡先												
認定調査の調整や 立会いができる方 平日(月～金)の日中に 連絡が取れる電話番号を ご記入してください。	フリガナ	コダマ ハナコ				被保険者との関係		子				
	氏名	見玉 花子				電話番号	自宅	- 25 - 1111				
							携帯 FAX 等	090 - 0000 - 0000				
認定調査希望日時 ☐ 特になし ☒ あり 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 調査を希望する時間帯 AM ・ PM ※調査は原則 9:00～16:00 の間で開始させていただき、1 時間ほどお時間をいただきます。												
立会者が上記と異なる場合		フリガナ	ホンジョウ ジロウ				被保険者との関係		子			
		氏名	本庄 次郎									
調査に際して連絡事項												
☒ 新規申請 ☐ 介護申請 ☐ 変更申請 (悪化・改善) ☐ 更新申請												
主な病名 (脊髄管狭窄症)												
耳の聞こえづらさ ☐ なし ☒ あり 筆談が 必要 ・ 不要												
申請理由 該当するものを全て選択してください。												
☐ 身体機能の (低下 ・ 改善) ☐ 認知機能の (低下 ・ 改善) ☒ 医師等から勧められた ☐ その他 ()												
主治医意見書の作成について、医師に確認しましたか？												
☐ 確認し、了承を得た (月 日頃) ☒ 確認していない ※医師の了承を得ていないと、意見書を書いていただけない場合がございます。												
利用したいサービス等がありますか？												
☐ 家で使うサービス ☒ デイサービス等 ☐ 施設等への入所 ☐ 住宅改修 ☒ 福祉用具購入・レンタル ☐ 暫定ケアプランを使用する (月 日から) ☐ その他 ()												
調査員に伝えておきたいことはありますか？												
☐ 癌末期である ☐ 病名を本人に伝えていないので配慮してほしい ☐ 認知症があるため別の場所で 聞いてほしい ☒ 筆談の用意が必要												

★ 以下については記入不要です。

居宅介護支援事業所名又は地域包括支援センター名			
担当ケアマネジャー名		連絡先 T E L	