

申請書

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 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 日生 (歳)															
	氏 名												性 別		男 ・ 女															
	住 所		〒																											
			電話番号																											
	現在の要介護認定 の結果等		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												
	申請の理由																													
過去6月間の 介護保険施設・ 医療機関等 入院・入所の有無		介護保険施設の名称・所在地										期間 年 月 日～ 年 月 日																		
		介護保険施設の名称・所在地										期間 年 月 日～ 年 月 日																		
		医療機関等の名称・所在地										期間 年 月 日～ 年 月 日																		
有 ・ 無		医療機関等の名称・所在地										期間 年 月 日～ 年 月 日																		

提出 代 行 者	名称 または 氏名	(担当・続柄)
	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		

2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	
-------	--

※署名できない場合は記名押印可

[illegible]

氏名が（

）

認定調査予約日時	月 日（ ） 9:00 10:30 13:30 15:00			
調査希望日時など	曜 日		時間帯	
家族の認定調査 立ち会いについて	家族の意向確認は 済（立ち会う・立ち会わない） 月 日確認			
【立会者】	氏 名	電話番号	連絡可能な時間帯	
家族（続柄）	（ ）	自宅・勤務先・携帯		
その他（続柄など）	（ ）			
認定調査実施場所	自宅 ・ 入所（入院）施設（ ） 駐車スペース あり（自宅駐車場・路上・（ ））・なし			
意思疎通や調査時 気を付けて欲しい こと	あり ・ なし 物忘れなどがある・何でも出来ると答えてしまう・とても疲れやすい 未告知の病気がある（病名： ）・耳が聞こえにくい 伝染性の病気がある（病名： ）・言葉が出にくい その他（ ） 別室での立ち会い者への確認（ 必要 ・ 不必要 ）			
最終受診日	年 月 日	次回受診日	年 月 日	
現在利用している サービス	☐ 居宅サービス（グループホーム、特定施設入所者生活介護を除く） ☐ 施設サービス ☐ グループホーム、特定施設入所者生活介護、介護用品給付（オムツ）			

※保険者記入欄（以下は記入しないでください）

受診要請	必要 ・ 不要	伝 達	済 ・ 未（ ）
受診日	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 （時間 ）		
決定調査日	令和 年 月 日（ ） 時 分		
連絡事項など			