

|                                                                                                |                                                            |                                                 |  |                                                                                                                  |  |  |  |  |             |  |  |       |  |       |    |       |  |       |  |   |  |   |  |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|-------------|--|--|-------|--|-------|----|-------|--|-------|--|---|--|---|--|--|--|
| 介護保険<br>被保険者番号                                                                                 |                                                            |                                                 |  |                                                                                                                  |  |  |  |  |             |  |  | 個人番号  |  |       |    |       |  |       |  |   |  |   |  |  |  |
| 医療<br>保険                                                                                       | 保険者名                                                       |                                                 |  |                                                                                                                  |  |  |  |  |             |  |  |       |  |       |    |       |  |       |  |   |  |   |  |  |  |
|                                                                                                | 被保険者<br>記号・番号                                              | 記号                                              |  |                                                                                                                  |  |  |  |  |             |  |  |       |  |       | 枝番 |       |  |       |  |   |  |   |  |  |  |
| フリガナ                                                                                           |                                                            |                                                 |  |                                                                                                                  |  |  |  |  |             |  |  |       |  | 日     |    | M・T・S |  | 年     |  | 月 |  | 日 |  |  |  |
| 氏名                                                                                             |                                                            |                                                 |  |                                                                                                                  |  |  |  |  |             |  |  |       |  | 性別    |    | 男・女   |  |       |  |   |  |   |  |  |  |
| 被<br>保<br>険<br>者                                                                               | 住<br>所                                                     | 〒                                               |  |                                                                                                                  |  |  |  |  |             |  |  |       |  |       |    |       |  |       |  |   |  |   |  |  |  |
|                                                                                                | *住民基本台帳上の住所と異なる場所に連絡が必要な方は下段にその場所を記入してください。                | 〒                                               |  | ②住民票と異なる所に住んでいる場合は、その住所を記入してください。                                                                                |  |  |  |  |             |  |  |       |  |       |    |       |  |       |  |   |  |   |  |  |  |
| 険<br>者                                                                                         | 前回の要介護状態の区分等                                               | 要介護・要支援更新認定及び認定の変更の場合のみ記入                       |  | 要介護状態区分 1 2 3 4 5                                                                                                |  |  |  |  | 要支援状態区分 1 2 |  |  |       |  | 事業対象者 |    |       |  |       |  |   |  |   |  |  |  |
|                                                                                                |                                                            |                                                 |  | 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場合のみ記入                         |  | 転出元自治体（市町村）名（ ）<br>現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。（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。） はい ・ いいえ<br>「はい」の場合、申請日 年 月 日 |  |  |  |  |             |  |  |       |  |       |    |       |  |       |  |   |  |   |  |  |  |
|                                                                                                | 変更申請の理由<br>*認定の変更申請の場合のみ記入                                 | ③半年以内に入院、入所した場合は、その医療機関名等と期間を記入してください。          |  |                                                                                                                  |  |  |  |  |             |  |  |       |  |       |    |       |  |       |  |   |  |   |  |  |  |
| 過去6月間の介護保険施設・医療機関等入院・入所の有無                                                                     | 施設の名称                                                      |                                                 |  |                                                                                                                  |  |  |  |  |             |  |  | 期間    |  | 年 月 日 |    | ～     |  | 年 月 日 |  |   |  |   |  |  |  |
|                                                                                                | 施設の名称                                                      |                                                 |  |                                                                                                                  |  |  |  |  |             |  |  |       |  | 日     |    | ～     |  | 年 月 日 |  |   |  |   |  |  |  |
|                                                                                                | 有 ・ 無                                                      | 施設の名称                                           |  |                                                                                                                  |  |  |  |  |             |  |  |       |  | 日     |    | ～     |  | 年 月 日 |  |   |  |   |  |  |  |
| 主治医                                                                                            | 主治医の氏名                                                     |                                                 |  |                                                                                                                  |  |  |  |  |             |  |  | 医療機関名 |  |       |    |       |  |       |  |   |  |   |  |  |  |
|                                                                                                | 所在地                                                        | 〒                                               |  |                                                                                                                  |  |  |  |  |             |  |  |       |  |       |    |       |  |       |  |   |  |   |  |  |  |
| 【あなたの介護にかかる情報提供への同意の署名】                                                                        |                                                            |                                                 |  |                                                                                                                  |  |  |  |  |             |  |  |       |  |       |    |       |  |       |  |   |  |   |  |  |  |
| 介護サービス計画の作成等介護保険事業内容、石狩市介護認定審査会による判定事業者、居宅サービス事業者若しくはその委託を受けた事業者等（以下「関係事業者」という。）に同意することへの署名です。 |                                                            |                                                 |  |                                                                                                                  |  |  |  |  |             |  |  |       |  |       |    |       |  |       |  |   |  |   |  |  |  |
| ⑤認定を受けたい本人の氏名を記入してください。サービス利用に必要なサービス計画作成等のため、ケアマネジャー等への情報提供に同意することへの署名です。                     |                                                            |                                                 |  |                                                                                                                  |  |  |  |  |             |  |  |       |  |       |    |       |  |       |  |   |  |   |  |  |  |
| ⑥代理で申請する場合は記入してください。本人が申請する場合は記入不要です。                                                          |                                                            |                                                 |  |                                                                                                                  |  |  |  |  |             |  |  |       |  |       |    |       |  |       |  |   |  |   |  |  |  |
| 申請書提出者・<br>提出代行者<br>（被保険者本人の場合は記入不要）                                                           | 氏名                                                         | 氏名                                              |  |                                                                                                                  |  |  |  |  |             |  |  |       |  |       |    |       |  |       |  |   |  |   |  |  |  |
|                                                                                                | 住所名称<br>電話番号                                               | 〒                                               |  | 住所                                                                                                               |  |  |  |  |             |  |  |       |  |       |    |       |  |       |  |   |  |   |  |  |  |
| 被保険者との関係                                                                                       | 1. 提出代行者（地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・介護老人福祉施設・介護サービス提供等）<br>（職名：） | 電話番号                                            |  |                                                                                                                  |  |  |  |  |             |  |  |       |  |       |    |       |  |       |  |   |  |   |  |  |  |
|                                                                                                | 2. 親族（本人との関係）<br>3. その他（具体的に：）                             | ⑦40～64歳までの方は、特定疾病名（不明な場合は主治医にご確認ください）を記入してください。 |  |                                                                                                                  |  |  |  |  |             |  |  |       |  |       |    |       |  |       |  |   |  |   |  |  |  |
| 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                                                                |                                                            |                                                 |  |                                                                                                                  |  |  |  |  |             |  |  |       |  |       |    |       |  |       |  |   |  |   |  |  |  |
| 特定疾病名                                                                                          |                                                            |                                                 |  |                                                                                                                  |  |  |  |  |             |  |  |       |  |       |    |       |  |       |  |   |  |   |  |  |  |

確認事項

⑧入院・入所中の方は、入院・入所先に相談して記入してください。

|                                          |                                                                                                                            |                    |
|------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| 訪問調査の実施場所                                | 1 被保険者宅                                                                                                                    | 2 入院・入所先（ ） 担当者（ ） |
|                                          | 3 上記以外 氏名                                                                                                                  | 本人との関係             |
|                                          | 住所                                                                                                                         |                    |
|                                          | 電話（ ）                                                                                                                      |                    |
|                                          | (自宅)                                                                                                                       |                    |
| 訪問調査の事前連絡先                               | ※連絡先が実施場所と違うところに調査の日程調整の連絡がほしい場合は、こちらに記入してください。                                                                            |                    |
|                                          | 氏名                                                                                                                         | 本人との関係             |
|                                          | 電話（ ）                                                                                                                      | (自宅・勤務先)           |
| 調査時同席の有無                                 | 1 同席を希望 (同席者： 本人との関係 )                                                                                                     | 2 同席しない            |
| 訪問調査希望日                                  | 1 特に希望はない                                                                                                                  |                    |
|                                          | 2 希望あり ( 都合の悪い日をご記入ください： )                                                                                                 |                    |
|                                          | その理由等 ( )                                                                                                                  |                    |
| 理解力について                                  | 1 理解力はある                                                                                                                   | 2 理解力が低下している       |
| 認定結果送付先<br>(原則住民票上の住所に送ります。)             | 1 被保険者宅 (住民票上の住所)                                                                                                          |                    |
|                                          | 2 上記以外 氏名                                                                                                                  | 本人との関係             |
|                                          | 住所                                                                                                                         |                    |
|                                          | 電話                                                                                                                         |                    |
|                                          | 被保険者宅 (住民票上の住所)                                                                                                            |                    |
| 認定申請の理由、<br>疾患名、状態像                      | ⑩認定結果の通知を住民票上の住所以外に送付希望の場合は、送付先とその理由を記入してください。本人・家族以外の申請の場合は、本人か家族に確認、同意を得たうえで記入してください。また、同意を得た方の本人との関係 (本人か家族) も記入してください。 |                    |
|                                          | 同意がある場合、誰に同意を得ましたか？→本人・家族 (本人との関係： )                                                                                       |                    |
|                                          |                                                                                                                            |                    |
| 現在のサービス利用<br>状況・今後のサービス希望について            | ⑪通院中の場合は、前回の受診日と今後の受診日を記入してください。                                                                                           |                    |
| 受診日について                                  | 前回受診した日 ( )                                                                                                                | 次回の受診予定日 ( )       |
| 備考                                       | (※現在入院されている方については、病院側と相談されているか必ず確認して下さい。)                                                                                  |                    |
| ※市記入欄<br>2号被保険者の医療保険資格<br>確認 (データ・資格確認書) | ⑫申請するまでのいきさつやお体の状態、生活状況、困っていることなどを記入してください。                                                                                |                    |
|                                          |                                                                                                                            |                    |
|                                          |                                                                                                                            |                    |
| 受付者名                                     | ( )                                                                                                                        |                    |