

★裏面もあります★

申請年月日 令和 〇年 〇月 〇日

① 医療保険の情報を記入してください。
40~64歳までの方は医療保険情報を
記入のうえ、必ず医療の保険証の写しを提出
してください。

医療保険		被保険者名	保険者番号	個人番号
フリガナ		イカリ ハナコ	生年月日	M・T・S 〇年 〇月 〇日
氏名		石狩 花子	性別	男・女
住所		〒 061-3216 石狩市花川北6条1丁目4番地1	電話番号	72-7017
前回の要介護状態の区分等		認定の変更の場合のみ記入	有効期間	年 月 日から 年 月 日まで
変更申請の理由		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	〇年 〇月 〇日～ 年 月 日
有・無		施設の名称	④主治医に意見書を依頼するので、医療機関名、主治医名等を記入してください。	
主治医		主治医の氏名	医療機関名	りんくる病院
		所在地	〒 061-3205 石狩市花川南5条1丁目〇〇番地 電話番号 73-〇〇〇〇	
【あなたの介護にかかる情報提供への同意】		⑤認定を受けたい本人の氏名を記入してください。サービスを利用するための、サービス計画の作成等するため、ケアマネー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。		本人氏名 石狩 花子		
申請書提出者・提出代行者		氏名	石狩 太郎	
(被保険者本人の場合は記入不要)		住所	〒 061-3292 石狩市花川北6条1丁目30番地2 電話番号 72-〇〇〇〇	
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・介護老人保健施設・介護療養型医療施設・介護医療院) (職名: 2. 親族 (本人との関係: 長男 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				

★裏面も記入をお願いします★

確認事項

訪問調査の実施場所	1 被保険者宅 (2) 入院・入所先 (りんくる病院 1F) 担当者 (ソーシャルワーカー〇〇さん) 3 上記以外 氏名 _____ 本人との関係 _____ 住所 _____ ⑨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。 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。
訪問調査の事前連絡先	※連絡先が実施場所と違う場合等にご記入ください。 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 (_____) その理由等 (_____) ⑩認定結果の通知を住民票上の住所以外に送ってほしい場合は、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。
理解力について	(1) 理解力はある
認定結果送付先 (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 石狩 太郎 本人との関係 _____ 妻 住所 〒061-3292 石狩市花川北6条1丁目30番地2 電話 0133 (72) 0000 被保険者宅 (住民票上の住所) 以外の理由 入院中のため。 被保険者宅 (住民票上の住所) 以外の場合、本人又は家族の同意が必要です。同意がある場合、誰に同意を得ましたか? → 本人との関係:
認定申請の理由、疾患名、状態像	退院後に介護サービスを利用したい。 脳梗塞をおこし入院中、歩行訓練をしている。
現在のサービス利用状況・今後のサービス希望について	訪問介護や通所介護を検討。 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。) 入院先のソーシャルワーカー〇〇さんに、申請のことは相談している。 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。
※市記入欄 受付者名	()