

# 記入例

※網掛けになっている部分について  
ご記入ください。  
※裏面にも記入欄があります。

認定・  
新認定

次のいずれかに当てはまる方は  
健康保険被保険者証のコピーの添付が必要です

- ① 第2号被保険者(64歳以下の方)
- ② 国民健康保険又は後期高齢者医療保険  
以外の保険に加入している方

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被 保 険 者	被保険者番号		0000111111	個人番号							
	医療 保 険	保険者名	〇〇健康保険組合		保険者番号	1230000					
		被保険者証	記号	000000	番号	0000		枝番	00		
	フリガナ		サツテ タロウ		生年月日	明・大 昭 1年1月1日					
	氏名		幸手 太郎		性別	男 ・ 女					
	住所		〒340-1111 幸手市大字天神島 1030-1		電話番号 0480 (42) ××××						
	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				
		※14日以内 に他自治体 から転入 した者のみ 記入	有効期限	令和〇年〇月〇日 から		令和〇年〇月〇日 まで					
	過去の6月間の 介護保険施設 医療機関等入院、 入所の有無	転出元自治体(市区町村)名[ 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」を選択して下さい) はい・いいえ 「はい」の場合、申請日 年 月 日									
		介護保険施設の名称等・所在地		特別養護老人ホーム〇〇〇〇ホーム		期間	〇年〇月〇日～〇年〇月〇日				
介護保険施設の名称等・所在地				期間	年 月 日～年 月 日						
医療機関等の名称等・所在地		〇〇病院		期間	〇年〇月〇日～〇年〇月〇日						
有 ・ 無		医療機関等の名称等・所在地				期間	年 月 日～年 月 日				
申請者		幸手 幸男		被保険者との関係		長男					
申請者住所		〒340-1234 幸手市東4-6-8		電話番号 0480 (43) ××××							
提出代行者		該当に〇(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 居宅介護支援事業所等が提出を代行する場合のみ記入をお願いします)									

主 治 医	主治医の氏名	幸手 花子		医療機関名	〇〇病院					
	所在地	〒								

## 個人番号について

原則として、個人番号の記入をお願いしていますが、記入が難しい場合は市職員が記入します。

### ○個人番号を記入される場合

⇒本人の個人番号カード(マイナンバーカード)又は通知カードの写しと本人確認書類(運転免許証等)の写しを申請書に添付してください。

### ○個人番号を記入した申請書を代理の方がお持ちになる場合

⇒本人の介護保険被保険者証と個人番号カード又は通知カードと代理の方の本人確認書類をご持参ください。

代筆した場合のみ、代筆者の方  
の署名をお願いします。

介護保険料  
収納状況

本人氏名

幸手太郎

代筆者氏名

幸手幸男

連絡票

記入例

※わかる範囲でご記入ください。

訪問調査では、日頃の本人の心身の状態円滑に訪問調査等を行うために、この連  
そのため、できるだけ日頃の状況をよく知っておられる介護者等の同席をお願いしています。

被保険者名 **幸手 太郎**

同居者	<input checked="" type="checkbox"/> あり( 2人 ) ⇒ 夫・ <b>妻</b> ・父・母・ <b>子</b> ( 1人 )・その他( ) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 別棟に親族がいる( )									
今回申請した理由	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅で介護保険サービス利用のため ⇒ 訪問介護・訪問看護・ <b>デイサービス</b> ・デイケア・ショートステイ・ <b>住宅改修</b> ・福祉用具 その他( ) <input type="checkbox"/> 施設入所のため <input checked="" type="checkbox"/> 申請を勧められた ⇒ 家族 <b>病院職員</b> その他( ) <input type="checkbox"/> 要支援・要介護状態が変わった (内容: ) <input type="checkbox"/> 現在利用中のサービスの継続のため <input type="checkbox"/> その他( )									
調査に伺う場所 (自宅以外の場合)	<input type="checkbox"/> 自宅以外		住所:				電話番号: ( ) -			
	<input checked="" type="checkbox"/> 入院中		病院名: <b>〇〇病院</b> 病室: <b>〇階 〇〇号室 病棟</b>				電話番号: (0480) 43-×××× 病院担当者: <b>幸手花子(病院相談員)</b>			
調査への同席者の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 同席する		ふりがな	<b>さって ゆきお</b>		本人との関係				
	<input type="checkbox"/> 同席しない		名前	<b>幸手 幸男</b>		<input checked="" type="checkbox"/> 家族 ( <b>長男</b> ) <input type="checkbox"/> その他 ( )				
連絡調整の相手	ふりがな		<b>さって ゆきお</b>		本人との関係: <b>長男</b>					
	名前		<b>幸手 幸男</b>		電話番号: (090) 〇〇〇〇-〇〇〇〇					
※訪問調査や主治医意見書関係で介護福祉課から連絡する場合があります。勤務先等日中に確実に連絡が取れるところを記入してください。		連絡希望時間帯				AM・PM 時 ~ AM・PM 時				
介護サービス利用状況	サービス利用日	①訪問介護	月	火	水	木	金	土	日	病院受診など都合が悪い日
		②デイサービス ③デイケア ④ショートステイ ⑤施設入所中		②		②		①		
受診状況	① 診療科 <b>〇〇科</b> ( 1回 / 1か月 )									
	② 最終受診日 <b>令和 〇年 4月 1日</b> ③次回受診予定日 <b>令和 〇年 5月 1日</b>									
本人の状況 ・ その他	③ 主治医以外の受診状況 <b>△△病院(〇〇科) 3週間に1回程度</b>									
	① 病気や心身の状況 ※ご本人に伝えていない病気等の有無: なし( <b>あり</b> ) ( <b>認知症</b> ) <b>脳梗塞による右半身マヒ、骨粗しょう症、認知症</b>									
	② 入院の経緯(入院中の場合) <b>自宅で倒れているところ家族が見つけて救急搬送。脳梗塞との診断で〇月〇日から2週間入院。手術施行。</b>									
	③ 病気などにより困難なこと(歩行・排泄・着替え・食事など) <b>右マヒのため歩行不安定。尿取りパット使用。着替えも家族が介助している。食事は自分でできる。認知症のため、数分前のことを覚えていない。</b>									
本人の状況 ・ その他	④ 調査員に伝えておきたいこと									
	<input checked="" type="checkbox"/> 難聴があるので、大きな声で話してほしい。⇒ ( <b>右耳</b> )・左耳 補聴器: なし( <b>あり</b> )									
	<input type="checkbox"/> 話すことが難しいため、筆談などで対応してほしい。									
	<input checked="" type="checkbox"/> 病名を本人に告げていないので配慮してほしい。									
駐車場の有無	<input type="checkbox"/> あり		<input checked="" type="checkbox"/> なし⇒(近所に駐車できる場所など: <b>西公民館</b> )							受付者
	<input checked="" type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし⇒(目印など: )							
表札の有無	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし⇒(目印など: )									

受診日は必ず  
ご記入ください。