

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~~

個人番号(マイナンバー)を記入してください。
 分からない場合は記入不要です。

ご加入の医療保険証に記載されている内容を
 記入してください。

申請年月日 令和4年4月1日

被 保 者	介護保険 被保険者番号	00123456	個人番号						
	医療 保険	保険者名	大分県後期高齢者医療広域連合		保険者番号	39442025			
		被保険者 記号・番号	記号	番号		01112233		枝番	
	フリガナ	ベップ タロウ			生年月日	昭和 12年 4月 1日			
	氏名	別府 太郎		性別	男・女				
	住所	〒 874-8511 別府市〇〇町×番〇号			電話番号	21-****			
	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 況	転入の場合、転入前の市町村名を記入してください。		支援状態区分	1 2		
		有効期間	年 月 日		年 月 日				
		※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 [] 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 「はい」の場合、申請日 年 月 日						
	過去6月間の 介護保険施設、 医療機関等への 入院、入所の 有無	介護保険施設等の名称等・所在地			期間 年 月 日～ 年 月 日				
		介護保険施設等の名称等・所在地			期間 年 月 日～ 年 月 日				
		医療機関等の名称等・所在地 別府市〇〇町1-1 〇×病院			期間 R3年3月1日～ 年 月 日				
		医療機関等の名称等・所在地			期間 年 月 日～ 年 月 日				

提 出 代 行 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) 別府 市郎						
	住所	〒 874-8511 別府市〇〇町×番〇号			電話番号 21-****			

主 治 医	主治医の氏名	別府 温		医療機関名	〇×病院			
	所在地	〒 874-8511 別府市〇〇町×番〇号			電話番号 21-****			

第二号被保険者（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

※申請書の提出について、提出代行者を代理人として委任します。 氏名 印

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、介護認定審査会による判定結果・意見・主 治医意見書、別府市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並び に居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係者が取得した心身の状況等の情報を、 別府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、地域 密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業 者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総 合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する (地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む) ことに同意します。 本人氏名 別府 太郎 (代筆者氏名) 別府 市郎 (本人との関係) 長男	別府市 記入欄	電算入力	受付

要介護認定等受付時確認事項

1. 訪問調査について

① 家族等介護者の立会い希望はありますか。

ない（一人で調査が可能な状態）

ある

氏名	別府 市郎	住所	別府市〇〇町×番□号
連絡先	自宅 21-**** 携帯 090-1234-5678	続柄 本人との 関係	長男

※連絡する時間帯にご希望がある場合は記入してください。 12 時～ 13 時頃

- ② 居宅での調査の場合、駐車場がありますか。 ある ない
③ 認知機能の低下がありますか。 ある ない
④ 現在の世帯構成について 単身 夫婦のみ 家族と同居
⑤ 調査時に留意する事項や新規申請の場合は、申請に至る経緯・日常生活で困っていることを記入してください。（ガンの告知の有無、住所と調査場所が異なる場合等）

夫婦で戸建に住んでおり、近くの長男夫婦が困ったときは支援している。

現在、大腿骨頸部骨折のため入院中。歩行器で歩ける程度まで回復している。

退院後は家の外でも安全に移動できるように通所でのリハビリと歩行器のレンタルを希望。

また、介護認定取得後は施設入所も検討している。

本人の生活状況、介護が必要な部分、身体状況や認知機能について記入してください。

2. 主治医意見書について（入院中の医療機関の医師が作成する場合、②・③は省略可）

- ① 今回の申請について、主治医に相談していますか はい いいえ
② 定期的に受診していますか。 はい（ 回/月） いいえ
③ 最終受診日はいつ頃ですか。 月 日頃 未受診

3. 入院中の場合 退院の時期について （ 5月1日 ）頃退院予定 未定
心身の状態について 安定 不安定

4. 現在受けているサービス（新規申請の場合は、希望するサービス）を記入し、サービスを利用している曜日を（ ）に記入してください。

[通所リハビリ（火・金）] [訪問介護（ ）] [（ ）]
[（ ）] [（ ）] [（ ）]

5. 認定前に暫定利用する予定のサービスがあれば記入してください。

[住宅改修] [] []

6. 労働者災害補償保険法（労災）から介護補償給付を受けていますか。

受けている 受けていない

7. 最近交通事故に遭った事がありますか。

ある ない

8. 緊急時連絡先（※訪問調査時の立会い希望者と異なる場合にご記入ください。）

氏名	別府 市郎	被保険者との関係（ 長男 ）
住所	〒 874-8511 別府市〇〇町×番□号	電話番号 21-****