

第11号様式（第8条関係）

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 申請書

白河市長

次のとおり申請します。

申請年月日 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																
		被保険者証	記号											番号											枝番				
	フリガナ												生年月日		年 月 日														
	氏 名																												
	住 所		〒										電話番号																
	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																				
				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 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										期間 年 月 日～年 月 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	名 称	該当に○ <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">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</span>																		
	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											

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										
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を、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若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。

本人氏名 \_\_\_\_\_

☆ 以下に記入してください。

1、本人は介護保険サービスの利用に関して抵抗や拒否はありますか？〔はい・いいえ〕

※抵抗や拒否がある場合は、認定調査であることを伏せて「高齢者訪問」等の名目で調査を行うこともできますのでご相談ください。

2、希望するサービス内容は？〔訪問介護（ホームヘルプサービス）・通所介護（デイサービス）  
住宅改修・福祉用具・施設入所・その他（ ）〕

3、お体の様子についてうかがいます。

① 「歩くこと」は次のどれに当てはまりますか？

〔支えなしで可能 ・ 何かにつかまれば可能 ・ できない〕

② 認知症の心配はありますか？

〔はい・いいえ〕

4、入院中の方についてうかがいます。

① 入院理由を記入してください。

〔病棟名： \_\_\_\_\_〕

病名： \_\_\_\_\_

病状： \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

② 現在、どのような治療を受けていますか。

〔点滴・酸素吸入・経管栄養・リハビリ  
その他（ ）〕

③ 退院の予定はいつ頃ですか。

〔 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日頃 ・ 未定 〕

④ 現在の病院を退院された後は、どのように考えていますか？

〔在宅・病院・施設・その他（ ）〕

5、認定調査は、ご家族様の同席のもと、平日の日中に自宅で行います。

◇ 日中に必ず連絡の取れる連絡先をご記入ください。（同席する方の携帯電話番号等）

氏名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

続柄（ ）

◇ 調査を希望する時間帯はいつですか。

〔午前 ・ 午後 ・ どちらでも良い 〕

※認定調査は自宅で行いますが、退院後すぐに介護サービスを利用する場合には、入院中に調査を行うことが可能です。ただし、入院中の調査を行う場合は病状が安定してからの実施となります。なお、病院での調査は午後2時以降となります。

※申請日から10日以上経っても市役所から連絡がない場合は、市役所高齢福祉課介護保険係までご連絡ください。（直通0248-28-5518）

受付者氏名（ ）

★認定調査の市役所からの日程調整連絡は「0248-28-5518」番号で着信となります。