

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

富士宮市長 様

申請年月日 令和 年 月 日

次のとおり申請します。

市職員が個人番号を記載することに同意する

被 保 険 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 記号・番号		記号					番号					枝番										
	フリガナ												生年月日		明・大・昭		年		月		日			
	氏名												性別		男		・		女					
	住所		〒										電話番号											
	調査場所		<input type="checkbox"/> 住所地に同じ <input type="checkbox"/> 住所地以外()																					
	前回の要介護 認定の結果等		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 令和 年 月 日 から										令和 年 月 日											
	現在の 入院・入所		名称										期間		年 月 日～									

申 請 者	<input checked="" type="checkbox"/> 該当に <input type="checkbox"/> 家族・親族(続柄) <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> その他()																				
	氏名 (事業所名)		事業所の場合																担当()		
	住所 (所在地)		〒										電話番号								

主 治 医	医療機関名										主治医の 氏名										
	所在地		〒										電話番号								

第二号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

特定疾病名																		
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

立会者											続柄						連絡先										
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----	--	--	--	--	--	-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

調査での 留意事項																		
--------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

調査 希望日	月・火・水・木・金					<input type="checkbox"/> 午前		駐車場		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無()		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無()				
-----------	-----------	--	--	--	--	-----------------------------	--	-----	--	--	--	--	--	--	--	--

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、主治医意見書、富士宮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人が取得した心身の状況等の情報を、富士宮市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、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も含む)ことに同意します。また、更新申請について有効期間内に要介護認定・要支援認定を行うことができる場合は、延期通知を省略することに同意します。

本人氏名 (代筆者)

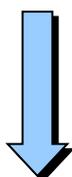
介護保険申請相談受付

氏名

①どのようなサービスをご希望ですか？

ヘルパー	訪問リハビリ	住宅改修	福祉用具	通所リハビリ
デイサービス	その他	訪問看護	ショートステイ	施設入所

(その他：)



介護申請

②からだの状態をお聞かせください。

歩行	できる (杖・シルバーカー・つたい歩き)	できない (歩行器・車いす・支えれば・寝たきり)
排泄	1. できる 2. 声かけ、見守りが必要	1. できない 2. 介助が必要
体を洗う	1. できる 2. 声かけ、見守りが必要	1. できない 2. 介助が必要
食事	1. できる 2. 声かけ、見守りが必要	1. できない 2. 介助が必要
着替え	1. できる 2. 声かけ、見守りが必要	1. できない 2. 介助が必要
認知症状	ない 軽度 ()	ある (被害的・作話・昼夜逆転・介護抵抗・徘徊)



基本チェックリスト



介護申請

市役所確認欄



基本チェックリスト



介護申請



一般介護予防等



包括支援センター



認定審査係



健康増進課

担当 ()