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。　　日

加入している医療保険情報を記入

被保険者	介護保険被保険者番号	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	個人番号											
	医療保険 保険者名	白河市国保										保険者番号	070052									
	医療保険 被保険者記号・番号	記号	島5									番号	0000000000								枝番	0
	フリガナ	シラカワ タロウ										生年月日	昭和20年 1月 1日									
	氏名	白河 太郎										性別	男									
	住所	〒 000-0000 本人住所（住民票上の住所） 電話番号 000-000-0000																				
	前回の要介護認定の結果	＊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																			
		他自治体から転入した者のみ記入	現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請していますか。																			
			（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																				
		介護保険施設等の名称等・所在地																				
		医療機関等の名称等・所在地	○○総合病院									期間 ○年 ○月 ○日～○年 ○月 ○日										
	（有）・無	医療機関等の名称等・所在地	○○病院									期間 ○年 ○月 ○日～ 年 月 日										

記入不要

申請日時点で施設入所中または入院中の場合のみ記入

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） 申請者氏名または事業所名称及び提出代行者氏名
	住所	〒 000-0000 申請者住所（事業所の場合は事業所住所） 電話番号 000-000-0000

主治医	主治医の氏名	白河 ジロウ	医療機関名	○○病院
	所在地		電話番号	000-000-0000

意見書を作成する主治医の情報を記入

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	脳血管疾患

第二号被保険者のみ記入
※第二号被保険者は医療保険証の写しの添付が必要です。

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適正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、介護保険被保険者証の交付状況等について、白河市から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、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。

本人氏名を記入

本人氏名 白河 太郎

☆　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（　　）〕

申請日時点で特に希望するサービスが決定していない場合は記入不要

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：　**○○病棟5階**　〕
病名：　**脳出血**　　病状：　**寝たきり**

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　**白河　花子**　　電話番号　**000-000-0000**
続柄（　**妻**　）

調査時に同席できるご家族様がいない場合は申請時にご相談ください。

◇　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関しては、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。（℡　０２４８－２８－５５１８（代表））

受付者氏名（　　）