

裏面も必ずご記入をお願いします！

申請年月日										年 月 日										
被保険者番号	1	0	0	0	1	2	3	4	5	6	個人番号									
フリガナ	カワゴエ タロウ										生 年 月 日			年 齢						
氏 名	川 越 太 郎										男 女	明・大・昭〇〇年〇月〇日			満〇〇歳					
住 所 (住民票上)	〒350-0062 川越市元町1丁目3番地1										電話番号〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇									
現在の要介護 状態区分	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 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 から 平成〇〇年 〇〇月 〇〇日 まで																			
変更申請の理由	状態悪化のため・認知症状進行のため																			
医療機関又は 施設に <input checked="" type="checkbox"/> 入院・入所中 <input type="checkbox"/> 無	入院・入所施設名			特別養護老人ホーム 〇〇〇〇										病室：〇〇〇号室						
	所在地			〒350-0000 川越市〇〇町〇丁目〇番地〇										電話番号〇〇〇 ( 〇〇〇 ) 〇〇〇〇						

主治医	主治医氏名	埼玉 一 郎	医療機関名	〇 〇 病院													
	所在地	350-0000 川越市〇〇町〇〇〇番地〇 電話番号 〇〇〇 ( 〇〇〇 ) 〇〇〇〇															
	定期受診の有無	① 無															

提出代行者 (家族等)	氏 名	川 越 花 子						続柄	妻					
	住 所	〒350-0062 川越市元町1丁目3番地1 電話番号 〇〇〇 ( 〇〇〇 ) 〇〇〇〇												

提出代行 事業者	該当に〇(地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・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)																		
65歳未満の方のみ記入してください。 また、医療保険被保険者証(写)を持参(同封)してください。																			
電話番号 ( )																			

第2号被保険者（40歳以上65歳未満の医療保険加入者）の方は、記入してください。

医療保険者名	川 越 市	医療保険被保険者証記号番号	1 2 3 - 4 5 6 7										
特定疾病名	脳血管疾患												

注 医療保険被保険者証を持参してください。

私は、介護サービス計画若しくは介護予防サービス計画を作成するために必要がある場合又は主治医意見を記載した医師が希望した場合には、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・意見及び主治医意見を、川越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若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見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。

『介護保険被保険者証』をお持ちの方は、 当申請書と一緒に持参(同封)してください。	れ新規	本人氏名	_____					
		代筆 ( )	_____					

要介護(支援)認定が円滑に行えるように、下記について記入のご協力をお願い致します。

1 調査に同席される方はいますか？

同席する       同席しない

2 【調査に同席される方がいる場合のみ記入】

同席する方の平日の日中に連絡が取れる電話番号を、連絡する優先順に記入してください。

①氏名( 川越 花子 )続柄( 妻 )	☎	090-0000-0000	【自宅・職場・携帯】
	☎	—	【自宅・職場・携帯】
②氏名( )続柄( )	☎	—	【自宅・職場・携帯】
	☎	—	【自宅・職場・携帯】

3 調査場所について

川越市内の自宅（住民票上の住所）  
 入院・入所中で退院・退所の予定なし  
 入院・入所中で退院・退所（転院・転所）予定あり（ 月 日予定 ・ 未定 ）  
    転院・転所予定先 } → { ①名称： \_\_\_\_\_ ②☎： \_\_\_\_\_ }  
 上記以外の場所 } { ③住所： \_\_\_\_\_ }

4 今後、1ヶ月の間で外泊（ショートステイの利用等）や入院する予定はありますか？

ある → 4月1日～4月3日 { 名称： 特別養護老人ホーム ○○○ }  
 ない { 住所： 川越市元町1-3-1 }

5 調査に伺うのに都合の悪い日はいつですか？該当する時間帯に○をつけてください。

月(午前・午後) 火(午前・午後) 水(午前○・午後○) 木(午前・午後) 金(午前○・午後○)

6 調査の希望について該当するものに ✓ をつけてください。

介護認定の調査だとわからないように調査してほしい  
 本人の前で話しづらい内容があるので、別室で聞き取りをしてほしい  
 手話通訳     筆談    (  認知症のこと     病気のこと     その他 )

7 調査にあたり、事前に伝えておきたいこと

<例> ある・・・自宅敷地内、庭、賃貸駐車場○番 など  
<例> 病名を本人に告知していないので配慮してほしい など

8 調査場所付近に駐車場所はありますか？

ある (場所： 自宅庭 )  ない

9 次回の医療機関（主治医）受診予定日

4 月 ○○ 日

10 居宅介護支援事業所又は地域包括支援センターへご相談されている方は記入してください。

事業所名	○○居宅介護支援事業所	ケアマネジャー氏名	埼玉 花子
------	-------------	-----------	-------