

介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書  
要介護更新認定・要支援更新認定  
※ 介護保険被保険者証（オレンジ色）を添付してください。

西予市長様

次のとおり申請します。

申請年月日

年

月

日

|                                     |                              |                                                       |                        |  |  |  |  |  |    |  |  |           |       |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------|--|--|--|--|--|----|--|--|-----------|-------|--|----|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 被<br>保<br>険<br>者                    | 介護保険<br>被保険者番号               |                                                       |                        |  |  |  |  |  |    |  |  | 個人番号      |       |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                     | 医療<br>保険<br>被<br>保<br>険<br>者 | 保険者名                                                  |                        |  |  |  |  |  |    |  |  |           | 保険者番号 |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                     |                              | 被保険者<br>記号・番号                                         | 記号                     |  |  |  |  |  | 番号 |  |  |           |       |  | 枝番 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                     | フリガナ                         |                                                       |                        |  |  |  |  |  |    |  |  | 性別        | 男 ・ 女 |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                     | 氏 名                          |                                                       |                        |  |  |  |  |  |    |  |  | 生年<br>月 日 | 年 月 日 |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                     | 住 所                          | 〒 愛媛県西予市<br>電話番号（ ） — （自宅・携帯・ほか）                      |                        |  |  |  |  |  |    |  |  |           |       |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                     | 現在・前回の<br>認定結果               | 要介護状態区分等 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5<br>有効期限 年 月 日 から 年 月 日 |                        |  |  |  |  |  |    |  |  |           |       |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 入所の有無<br>医療機関入院<br>も含む（短期<br>入所を除く） | 無                            | 有                                                     | 入所施設・入院医療機関名           |  |  |  |  |  |    |  |  |           |       |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                     |                              |                                                       | 所在地                    |  |  |  |  |  |    |  |  |           |       |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                     |                              |                                                       | 入所・入院期間 年 月 日～ 年 月 日予定 |  |  |  |  |  |    |  |  |           |       |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |

|                       |     |                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------|-----|------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 提<br>出<br>代<br>行<br>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・指定介護療養型医療施設） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                       | 住 所 | 〒 電話番号 —                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|                                      |        |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------------------------------|--------|--------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 主 治 医<br>(主治医意見書<br>を依頼する<br>医療機関名等) | 主治医の氏名 |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 医療機関名     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                      | 所 在 地  | 〒 (総合病院の場合、診療科もご記入ください。) |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 電話番号（ ） — |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

## 第2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       |                                                                                                                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 同<br>意<br>欄 | 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西予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 ) _____                                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             | ( 代筆者氏名 ) _____ ( 続柄 ) _____                                                                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

◎わかる範囲でかまいませんので、記入をお願いします。

|            |                  |                          |     |
|------------|------------------|--------------------------|-----|
| 家族状況       | 独居 ・ 同居 （ ） ・ 別居 |                          |     |
| 家族等<br>連絡先 | 〒 ー<br>電話 ー ー    | 家族等氏名<br>(調査対象者<br>との関係) | ( ) |

|                                                                                                                                        |                                   |                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| 所在地                                                                                                                                    | ①在宅                               | 主に介護されている方のお名前           |
|                                                                                                                                        | ②その他<br>(病院・施設等)                  | 入院中の場合、病棟・病室（わかればで構いません） |
| 現在の状況                                                                                                                                  | (病名・身体状況・認知症状の有無、気になる点等)          |                          |
| 利用を考えているサービスに○をつけてください。<br>訪問介護    訪問入浴    訪問看護    訪問リハビリ    デイサービス<br>デイケア    福祉用具レンタル    福祉用具購入    ショートステイ<br>施設入所    住宅改修    (備考欄 ) |                                   |                          |
| 訪問希望日・時間                                                                                                                               | 都合の良い(悪い) 時間帯・曜日があればご記入ください。      |                          |
| TEL 連絡先・時間                                                                                                                             | 都合の良い(悪い) 時間帯・曜日があればご記入ください。      |                          |
| 調査時にご家族が<br>同席されますか                                                                                                                    | 同席者    本人との関係<br>しない ・ する ( ) ( ) |                          |

◎今後発生する介護保険関係の書類について、希望する送付先の番号に丸をつけてください。なお、2を選択される場合は、住所・氏名等をご記入ください。

|          |       |        |  |
|----------|-------|--------|--|
| 1 本人住所   |       |        |  |
| 2 本人住所以外 |       |        |  |
| 住 所      | 〒 ー   |        |  |
| 氏 名      |       | 本人との続柄 |  |
| 電話番号     | ( ) ー |        |  |

※市役所確認欄

|     |      |      |     |      |     |
|-----|------|------|-----|------|-----|
| 受付者 | 本人確認 | 番号確認 | 収納  | サービス | 保険証 |
| /   |      | カ・職  | 完・滞 | 有・無  | 有・無 |