帳票ID		申請	日					_	被保) 険者	番号				
621	令和			年		月		目							

介護保険 要介護認定・要支援認定申請書 (新規・更新・変更・転入)

広島市長 次のとおり由請します

	久のこのサヤ	нг, О	0.,	U																
	申請者氏名											本人	<i>ر</i> ک σ.	関係						
	提出代行者	該当に	〇(地域	域包括支	援センタ	一・指定	居宅介	護支援事業	者・指定グ	*護老人	福祉旅	設・介護	老人保修	建施設・∶	也域密着	計型介護:	老人福祉	施設・	介護医	療院)
	申請者住所	※申i 〒	請者が -	被保 -) 険者本 <i>。</i>	人の場 [·]	合、申	申請者住	所・電詞	括番号	 は記	載不要	電話	括番号	-	(()	
	フリガナ								個,	人番号	<u> </u>									
被	被保険者氏名										1	生別 1月 2夕	元· [号 1明 2大 3昭	台 E	生年]]	
	住 所	₹	-	-									電話	括番号	-	()	
保			・変更	時	要介記	蒦状態	区分) 1	2	3	4	5	要	支援	犬態	区分	1	2) -	
_r ,	現在(前回)の	のみ	記入		有効			令和		1	月	日	から	- 令和	П	年	月		日	まで
険	要介護状態区分 (認定結果)等		以内に 治体か					(市町村												
者			した者		(既に認定	結果通知	ロを受け	台体に 取っている ください。				の場合				は(3和	ハ 年		いい 月	え 日
	変更申請の理由 (変更時のみ記入)			•					·											
	入所・入院施設名 (短期入所を除く)	施設	2名						所在	地										
		主治民							医療機	関名										
	主 治 医	所在		₹		_				•			電話	括番号	-	(()	
医	寮保 険情報																			
	保険者名(※該当に☑)				保険	者番号								被係	R 険者都	号				
	広島県国民健康保険	3	4	4	0				記号		番号								枝番	
	広島県後期高齢者医療広域連合その他	3	9	3	4	1	0											_		
笠	2号被保険者(40歳	ま か こ	C 1 工	: A A	- (長 /早 [7 个 1 10 7	1 = 12 \	のみ	= ⊐ 7											
<u> </u>	2.亏极保険省(40 ₈ 特定疾病名	メル・ウ	04 励	ζ() <u> 2</u>	尔木	火川ノ	<u>(日)</u>	0)07	記入											
同意欄	③ 判定結果が非該 ため、地域包括支 ④ (更新申請の場合	iの作用 i果、主 i果、主 i i i i i i i i i i i i i i i i i i i	成等介 治医派 :医師 を援1. ターに	護保 気見書 に、判 又は要 こ、判別	検事業の を提供 定結果 支援2 E結果等	の適切が すること を通知 となった 手を提供	な運営 と するこ と 場合 は まするを 認定を	(のため) こと 、介護予 こと -行うこと	こ必要な ら防ケア・ ができる	7ネジ; ときは	ペント 、認	により4 定まで0	E活機 の見込	能低下 み期間	の防」 等をご	上や状 通知す	態の維 る書面	掛・ を省	改善? 略する	を図る
1119	' - 本人氏名							本人氏 七筆者	名を代記 : 	¥しだ	_场1	コノ 个.	∧ ₩1:	以积し			で _{筆し} : のほ			
 **	本 八 氏 石 一	の原名	<u></u> 太を流	5付1	. てくt	どさい				<u></u> 合は.	介	護保険	被保	隆者 i						<u></u>

- ださい。

- ※ 申請書の提出先は、お住まいの区の福祉課高齢介護係です。 ※ 主治医に主治医意見書の作成の同意を得た上で申請を行ってください。申請を受け付けた後、区役所から申請書に記載された主治医に対して、意見書の提出を求めます。 ※ 申請を受け付けた後、市または市が委託した事業所等の認定調査員がご自宅等へ伺い、日頃の心身の状況等について本人や家族等へ聞き取り調査を行います。

※要主意 へ艮近年で生舌易近が変更によつ こ易 劃引认

認定調査連絡票

単桁 宗 □医療保険加入確認(第2号:40~64歳) 被保険者証の回収 (□有・□無・□再交付)

#請者記入欄 代行申請を行う居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、介護保険施設が調査する場合には記 下要です。当てはまるものに②し、() に記入してください。 □ 居宅 □ 入院先 () 病棟 () □ 入院開始日 (年 月 日) 病名 () □ 表院予定 □無・□有➡ (年 月 日頃) 転院先 () □ 退院予定 □無・□有➡ (年 月 日頃) □ 施設 () □ その他 () 住所 () 生活状況 □独居 □同居 (配偶者のみ) □同居 () 調査立会人 □無 □ → 氏名 () 続柄 () 電話番号 () ※日中連絡がとれる電話番号を記入してください。	
### ### ### ### #####################	
#請者記入欄 代行申請を行う居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、介護保険施設が調査する場合にはまるまのに②し、() に記入してください。 □ 居宅 □ 入院先() 病棟() □ 入院開始日(年 月 日) 病名() 転院予定 □無・□有➡(年 月 日頃)転院先() □ との他() 住所(病棟() 月日)病名() 申(年月日頃)転院先() 申(年月日頃) 申(年月日頃) か) () 計() 計() ()
 代行申請を行う居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、介護保険施設が調査する場合にはまるものに図し、() に記入してください。 国居宅 □入院先() 病棟() →入院開始日(年 月 日) 病名() → 転院予定 □無・□有➡(年 月 日頃) 転院先() → 退院予定 □無・□有➡(年 月 日頃) □施設() □をの他() 住所() 生活状況 □独居 □同居(配偶者のみ) □同居() 無 □有 ➡氏名() 続柄() 電話番号() ※日中連絡がとれる電話番号を記入してください。 □本人 □調査立会人 □その他() 	() に記入してください。
□入院先() 病棟() 入院開始日(年 月 日) 病名() 転院予定 □無・□有⇒(年 月 日頃)転院先() 退院予定 □無・□有⇒(年 月 日頃) □施設() □その他()住所() 生活状況 □独居 □同居(配偶者のみ) □同居(調査立会人 □無 □有 ⇒氏名()続柄() 電話番号()※日中連絡がとれる電話番号を記入してください。	月 日) 病名() (年 月 日頃) 転院先() (年 月 日頃) 転院先() () ()) ())) () ()) ()) ()) ()) () ()) ()) () ()) () ()) (
入院開始日(年 月 日) 病名() 転院予定 □無・□有⇒(年 月 日頃) 転院先() 退院予定 □無・□有⇒(年 月 日頃) 回施設(□その他()住所() 住所() 世話状況 □独居 □同居(配偶者のみ) □同居() 回標□有 ⇒氏名()続柄() 電話番号()※日中連絡がとれる電話番号を記入してください。 □本人 □調査立会人 □その他(月 日) 病名() (年 月 日頃) 転院先() (年 月 日頃) 転院先() () ()) ())) () ()) ()) ()) ()) () ()) ()) () ()) () ()) (
調査場所 転院予定 □無・□有➡(年 月 日頃)転院先() 退院予定 □無・□有➡(年 月 日頃) □施設(□その他()住所() 住所() 世活状況 □独居 □同居(配偶者のみ) □同居() 続柄() 調査立会人 □無 □有 ➡氏名() 続柄() ※日中連絡がとれる電話番号を記入してください。	→ (年 月 日頃) 転院先() → (年 月 日頃)) (住所 () 者のみ) □同居 ()) 統柄 ()) ※日中連絡がとれる電話番号を記入してください。 □その他 ()) ※日中連絡がとれる電話番号を記入してください。 □ ()
転院予定 □無・□有➡(年 月 日頃) 転院光() 退院予定 □無・□有➡(年 月 日頃) □施設() □その他()住所(生活状況 □独居 □同居(配偶者のみ) □同居(□無 □有 ➡氏名()続柄() 電話番号()※日中連絡がとれる電話番号を記入してください。 □本人 □調査立会人 □その他(→ (年 月 日頃)) 住所 () 者のみ) □同居 ()) 続柄 ()) ※日中連絡がとれる電話番号を記入してください。 □その他 ()) ※日中連絡がとれる電話番号を記入してください。 □有)
□施設() □その他()住所(生活状況 □独居 □同居(配偶者のみ) □同居(調査立会人 □無 □有 ➡氏名()続柄() 電話番号()※日中連絡がとれる電話番号を記入してください。)住所() 者のみ) □同居())続柄())※日中連絡がとれる電話番号を記入してください。) □その他())※日中連絡がとれる電話番号を記入してください。 □有)
□その他()住所(生活状況 □独居 □同居(配偶者のみ) □同居(調査立会人 □無 □有 ➡氏名()続柄() 電話番号()※日中連絡がとれる電話番号を記入してください。)住所() 者のみ) □同居()) 続柄()) ※日中連絡がとれる電話番号を記入してください。 □その他()) ※日中連絡がとれる電話番号を記入してください。
生活状況 □独居 □同居(配偶者のみ) □同居(□無 □有 ➡氏名()続柄() 電話番号()※日中連絡がとれる電話番号を記入してください。	者のみ) □同居() 続柄()
調査立会人 □無 □有 ➡氏名() 続柄() 電話番号() ※日中連絡がとれる電話番号を記入してください。) 続柄()) ※日中連絡がとれる電話番号を記入してください。 □その他()) ※日中連絡がとれる電話番号を記入してください。 □有)
調査立会人 電話番号 () ※日中連絡がとれる電話番号を記入してください。)※日中連絡がとれる電話番号を記入してください。□その他 ())※日中連絡がとれる電話番号を記入してください。□有)
□本人□調査立会人□その他(□その他())※日中連絡がとれる電話番号を記入してください。 □有)
□本人 □調査立会人 □その他()※日中連絡がとれる電話番号を記入してください。
連絡先	口有)
□ 図知機能の低下(□無 □有) 本人の状況	
難聴(□無□□有➡筆談や手話が必要ですか□□必要□□不要)	で子語が必要ですが、 口必要、口作要)