

書き方見本

受付印



介護保険 要介護認定・要支援認定申請書 (宛先) 鎌倉市長

当てはまるところの□に印を付けてください。

次のとおり申請します。

申請日 2022年4月5日

被保険者 (認定を受ける方) section containing fields for name (鎌倉太郎), birth date, address, and application type.

主治医 section containing fields for hospital name (〇〇病院), doctor name (介護太郎), and dates.

※入院中の方は診察日の記入は不要です。

第2号被保険者 (40歳から64歳までの医療保険加入者) の方は特定疾病及

Form for secondary insured person with specific diseases, including fields for disease name and insurance details.

※医療保険証の写しを添付される場合は医療保険情報の記入は不要です。

同意欄 section with signature fields for the insured (鎌倉太郎) and representative (鎌倉次郎).

提出者 section for family or representative, including checkboxes for facility types and address details.

鎌倉市使用欄

Table for administrative use with columns for document type, status, and recipient.

Vertical sidebar containing checkboxes for investigation status and stamps.

訪問調査について必ずご記入ください。

(実)

被保険者番号 0 0 0 1 2 3 4 5 6 7 氏名 鎌倉太郎

①日程調整等の連絡先 日中に連絡を取ることができる連絡先をご記入ください。
 氏名 鎌倉次郎 本人との関係 (長男)
 住所 〒248-0012 鎌倉市御成町〇〇-××
 電話番号 0467 (ΔΔ) ΔΔΔΔ 携帯番号 〇〇〇 (××××) ××××

②調査日 都合の悪い曜日・時間帯がございましたらご記入ください。

4月10日は精密検査を行う予定のため、

【日程調整等の連絡先】
 *連絡先に、訪問調査の日程調整の連絡をします。平日の日中に連絡が取れる電話番号をご記入ください(携帯電話をできる限りご記入ください)。
 *連絡先は立ち会う方でも結構です。
 *調査員がご自宅又は入院、入所先に伺い、調査を行います。

③調査の立会い 認定調査時に立会いを希望さ
 なし
 あり(連絡先と同じ)
 あり 氏名 () 本人との関係 ()

④訪問場所 本人が現在いる場所についてご記入ください。
 自宅(住民登録地)
 入院・入所先 ⇒ ここにチェックをされた方は、⑤についてご記入ください。
 その他 ()
 住所 〒 -

⑤病院入院中、介護施設等入所中の方 現在入院中または入所中の施設についてご記入ください。

入院・入所日	2022年 3月 30日 から 入院・入所中		
病院・施設名	〇〇病院		
種類	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input checked="" type="checkbox"/> 病院	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム	<input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> その他 ()
所在地	〒 ΔΔΔ - ×××× 電話番号 ΔΔΔΔ (〇〇) ΔΔΔΔ 〇〇市〇〇-〇〇		
病室・居室	A 棟 1192 号室		
退院・退所予定日	2022年 4月 5日 に 退院・ 退所予定 / 未定		

⑥今後の予定 今後、本人の居所が変更される予定がある方はご記入ください。 ※概ね2週間が目安となります。

今後の居所	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外 ※自宅以外の場合には、下記についてご記入ください。		
病院・施設名等			
種類	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 病院	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム	<input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> その他 ()
所在地	〒 - 電話番号 ()		
予定日	年 月 日		

⑦特記事項 訪問調査にあたり留意事項(病気の状況やサービスの利用希望等)があればご記入をお願いします。
 今回持病の悪化により申請をしましたが、病気のこと未告知なので、調査時に伝えないうご配慮をお願いします。