

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

小美玉市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号												個人番号												
	医療 保険	保険者名												保険者番号											
		被保険者証		記号			番号							枝番											
	フリガナ												生年月日		明・大・昭		年		月		日				
	氏名												性別		男		・		女						
	住所		〒										電話番号												
	前回の要介護 認定の結果等		※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															
					有効期限 平成・令和 年 月 日から令和 年 月 日																				
			※14日以内 に他自治体 から転入し た者のみ記 入		転出元自治体(市町村)名 [ ]																				
			現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 (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 令和 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		介護保険施設の名称等・所在地										期間		年 月 日～		年 月 日									
		介護保険施設の名称等・所在地										期間		年 月 日～		年 月 日									
		医療機関等の名称等・所在地										期間		年 月 日～		年 月 日									
		医療機関等の名称等・所在地										期間		年 月 日～		年 月 日									
有・無		医療機関等の名称等・所在地										期間		年 月 日～		年 月 日									

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・指定介護療養型医療施設・介護医療院)																		
	住所	〒										電話番号								

主 治 医	主治医の氏名												医療機関名											
	所在地		〒										電話番号											

第二号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

特定疾病名																		
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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、小美玉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

【 認定調査について 】

調査同席希望	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	【同席しない理由】 入院/入所・身寄りなし その他( )	調査希望日時	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	( )曜日 午前・午後 ※認定調査は月～金曜平日 9時30分～14時30分の間 で行います。
調査連絡先	フリガナ		被保険者 との続柄		平日9時～15時の間に日程調 整のご連絡を致します。 日中ご連絡のとれる電話番号 の記入をお願い致します。
	氏名				
	住所	〒			電話番号 (携帯電話)
事前に調査員に伝えておきたいことなど				同席しない時の 調査後の報告連絡	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

調査実施場所※	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> その他( )
	<input type="checkbox"/> 病院( )	[病室: ]
	<input type="checkbox"/> 施設( )	

※遠方の場合は市から委託した事業所の調査員が連絡・訪問する場合があります。

次回病院受診日	月 日	最近病院を受診した日	月 日
---------	-----	------------	-----

【 調査対象者の状況について 】

排泄行為	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部介助が必要 <input type="checkbox"/> オムツ使用 <input type="checkbox"/> 紙パンツ使用
家庭状況	<input type="checkbox"/> 同居〔配偶者・その他( )〕 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 入院・入所中
治療中の病気	<input type="checkbox"/> あり〔認知症・心臓病・脳梗塞・脳出血・がん・糖尿病・高血圧・その他( )〕 <input type="checkbox"/> なし

【 現在のサービス利用状況(又は利用予定)について 】

訪問サービス	<input type="checkbox"/> あり 月・火・水・木・金・土・日 事業所名( ) <input type="checkbox"/> なし
通所サービス	<input type="checkbox"/> あり 月・火・水・木・金・土・日 事業所名( ) <input type="checkbox"/> なし
ショートステイ	<input type="checkbox"/> あり 約 日/月 事業所名( ) <input type="checkbox"/> なし
担当ケアマネ	<input type="checkbox"/> あり 担当者名( ) 事業所名( ) <input type="checkbox"/> なし
福祉用具貸与	<input type="checkbox"/> あり 貸与品数( ) <input type="checkbox"/> なし
住宅改修	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
福祉用具購入	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

【 被保険者証等の送付先について 】

送付先を本人住所地以外へ変更する場合は、「介護保険関係書類送付先変更届」を記入していただく必要があります。(「介護保険関係書類送付先変更届」は介護福祉課、福祉事務所各支所窓口にあります。)  
また、送付先を変更すると介護保険に係る全ての書類等を変更先に送付することになります。

※市記入欄

受付印	受付区分			納付確認	証回収
	<input type="checkbox"/> 窓口	<input type="checkbox"/> 郵送			
	受付場所			<input type="checkbox"/> 未納	<input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> 美野里	<input type="checkbox"/> 小川	<input type="checkbox"/> 玉里		
	受付	入力	意見書	資格者証	調査委託