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

匝瑳市長 あて
下記のとおり申請します。

記

				申請年月日	年 月 日			
被 保 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	年 月 日		
	氏 名				性 別	男 ・ 女		
	住 所		郵便番号		電 話			
	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		
			有効期間		年 月 日から		年 月 日まで	
			*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。 はい・いいえ (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」の場合、申請日 年 月 日						
過去6月間の 介護保険施設、 医療機関等 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		
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 ・ 介護医療院)						
	住 所	郵便番号		電 話				
主 治 医	主治医の氏名				医療機関名			
	所 在 地		郵便番号		電 話			

第2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)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匝瑳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供することに同意します。

本人氏名

※裏面も御記入ください。

(裏面)

介護認定調査連絡票

主な病歴 (新規申請のみ記入)		
介護が必要になったきっかけ (新規申請のみ記入)		
現在の心身の状況 (新規申請のみ記入)	歩 行	できる・杖又は伝い歩き・車椅子又は這う・できない
	聴 力	普通・やや遠い・耳元で大声・全く聞こえない
	認 知 症	なし・あり (多少・軽度・中度・重度)
調査に関して事前に伝えたいこと (特になければ記入不要)		
家族の状況 (御本人の介護を必要とする状況を、より正確にお聞きするために、新規申請時や御自宅での認定調査は、可能な限り御家族の方に立会いをお願いしております)	☐ 独居である	☐ 独居でない
	<認定調査の家族の立会いの有無について>	
	☐ 立会いを希望する	☐ 立会いを希望しない
	立会い者氏名 ()	
	本人との関係 ()	
認定調査の日程調整の連絡先	☐ 認定調査の立会い者と同じ	
	☐ 本人	
	☐ その他 ()	
	※選んだ方の平日の日中に連絡が取れる電話番号 (- -)	