

（表）

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

さくら市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被 保 険 者	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 記号・番号					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										〒 電話番号														
	前回の要介護 認定の結果等										※要介護・要支援更 新認定場合のみ記入					要介護状態区分 1 2 3 4 5					要支援 1 2				
											有効期間 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 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														
有 ・ 無										医療機関等の名称等 所在地 期間															

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	〒 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															
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成する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、さくら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。

また、更新申請においては申請から30日以内に認定がされない場合でも、現在の認定の有効期間内に認定の結果が通知されるときは、要介護認定延期通知書を省略することに同意します。

本人氏名

(裏)

\*訪問調査の参考にいたしますので、ご記入ください。ご協力お願い申し上げます。

【在宅の方】

①訪問調査に当たり、不都合な曜日(時間)がございましたら、該当する箇所×印を記入してください。

	月	火	水	木	金
午前 9:00 ~ 11:00					
午後 2:00 ~ 4:00					

②訪問調査の希望場所 : 自宅 自宅以外(場所: \_\_\_\_\_)

③訪問調査時に立会える方 : 氏名 \_\_\_\_\_ (続柄: \_\_\_\_\_)

④表面の電話番号以外の連絡先をご希望の場合は、下記へご記入ください。

氏名 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_) 連絡可能な時間 \_\_\_\_\_ 時頃可能

電話番号 \_\_\_\_\_ (携帯電話 \_\_\_\_\_)

【施設入所・病院入院(入所)中の方】

①訪問調査にあたり、家族の同席を希望しますか(どちらかを○で囲んでください)。

なお、『希望しない』場合は、施設・病院と日程調整の上、調査をさせていただきますのでご了承ください。

希望する      ・      希望しない

\*同席をご希望の場合は、日程調整のための連絡先を下記へご記入ください。

氏名 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_) 連絡可能な時間 \_\_\_\_\_ 時頃可能

電話番号 \_\_\_\_\_ (携帯電話 \_\_\_\_\_)

その他、市・調査員へ事前にお伝えしたいこと等ございましたら、ご記入ください。

.....

市記入欄	受付	申請区分	入力	調査日時・場所		備考
	<input type="checkbox"/> 介護係 ( ) <input type="checkbox"/> 支所 ( )	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 変更	<input type="checkbox"/> 済	月 日 ( ) AM ・ PM : ~ <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外 ( ) 病院・施設への連絡 <input type="checkbox"/> 済	立会人 有 ・ 無 ( )	
	被保険者証・回収 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 再交付 <input type="checkbox"/> 調査時回収	家族へ連絡 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 連絡待ち <input type="checkbox"/> 繋がらない				