

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 記号・番号	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																								
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・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、介護認定調査会による判定結果・意見、主治医意見書、小美玉市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する（地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。）ことに同意します。

本人氏名

【 認定調査について 】

同席希望	☐ あり ☐ なし	【同席しない理由】 ☐ 入院/入所 ☐ 独居 ☐ その他() 【調査後連絡希望】 ☐ あり ☐ なし	日程希望	☐ あり ☐ なし	()曜日 午前・午後 ※認定調査は月～金曜の平日 9時30分～14時30分の間で行います。
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。 <u>日中ご連絡のとれる電話番号の記入をお願い致します。</u>
	氏名				
	住所	〒 ☐ 表面の申請書提出代行者住所と同じ 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					

調査場所	☐ 自宅	☐ その他()
	☐ 病院()	[病室:]
	☐ 施設()	

※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。

直近の受診日	月 日	次回の受診日	月 日
--------	-----	--------	-----

※通常の受診とは別に意見書記載の為の受診が必要な場合があります。必ず主治医や医療機関にご確認ください。

【 調査対象者の状況について 】

家庭状況	☐ 同居〔夫婦のみ・その他()〕 ☐ 独居
治療中の病気	☐ 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()〕 ☐ なし

【 現在のサービス利用状況について 】

訪問サービス	☐ 月・火・水・木・金・土・日	事業所名()
通所サービス	☐ 月・火・水・木・金・土・日	事業所名()
ショートステイ	☐ 約 日／月	事業所名()
小規模多機能	☐ 通所・訪問・泊り	事業所名()
担当ケアマネ	☐ 担当者名()	事業所名()
福祉用具貸与	☐ 貸与品数()	貸与物品()
福祉用具購入	☐ 購入品数()	購入物品()
住宅改修	☐ 施工箇所()	

【 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。）
この届出で送付先が変更となるものは市が送付する介護保険に関する書類のみです。

※市記入欄

受付印	受付区分			納付確認	証回収
	☐ 窓口	☐ 郵送		☐ 完納 ☐ 未納	☐ あり ☐ なし
	受付場所				
	☐ 美野里	☐ 小川	☐ 玉里		
	受付	入力	意見書	資格者証	調査委託