

介護保険 要介護認定・要支援認定（新規・更新・区分変更）申請書

大曲仙北広域市町村圏組合管理者 様

次のとおり申請します。

										申請年月日	年 月 日		
被保険者番号										個人番号			
被 保 者	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							年 齢					
	氏 名							生年月日	明・大・昭 年 月 日				
	住 所		〒 ー 電話 ()										
	申 請 区 分		新規・更新・区分変更・転入・要支援者の要介護新規										
	認 定 前 回 の 結 果 等 護	*更新・区分変更 申請の場合のみ 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 ~		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										
	変更申請の理由		*区分変更申請・要支援者の要介護新規の場合のみ記入										
施設入所、 入院の有無		介護保険施設等名称（短期入所、グループホーム、ケアハウス、介護老人ホーム等を含む）											
*現在入所・入院している 場合のみ記入		病院名					入院日		年 月 日				
		(病棟 階 号室)					退院見込み日		年 月 日				
調査時の同席		する・しない	同席者の氏名 (本人との関係)		フリガナ 氏名 ()			日中連絡可能な電話番号 ()					
申請書提出者 *本人の場合は記入不要		フリガナ 氏名 電話 ()						本人との 関 係					
提 (出 事 代 業 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・その他）											
	住 所	〒 ー 電話 ()											
主治医	主治医 の氏名						医療機関名	専門科名		所在地	市・町・村		

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は必要があるときは、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地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、介護保険施設の介護支援専門員等に提示することに同意します。また、主治医意見書を記載した医師から介護認定審査会による判定結果・意見等を求められた際に提示することに同意します。

本人氏名

※介護保険被保険者証を添付してください
※裏面も記入してください。

市町受付印	介護保険事務所受付印

◎記入してください。

サービス利用の状況	☐ 現時点では、利用の希望なし(万が一に備えて認定を受けておきたい)	
	☐ 利用希望	
サービス利用の状況	☐ 利用中	
	※訪問調査を実施するにあたり、介護サービスを利用する日又は曜日をご記入ください	
	・デイサービス	()
	・デイケア	()
	・ショートステイ	()
	・小規模多機能型居宅介護	
	・通い	()
サービス利用の状況	・宿泊	()
	・その他都合の悪い日	()
	訪問調査確認	
調査実施場所	☐ 自宅(住所地)	
	☐ 自宅以外	
調査実施場所	☐ 入院中	☐ 施設
	☐ その他(息子、娘宅等)	
調査実施場所	(住所)	
	様方 Tel	続柄
主治医確認		
受診状況	☐ 定期受診(次回 月 日受診予定)	
	☐ 最近受診していない(概ね2ヶ月以内受診なし)	
	☐ 主治医がいない	
備考 (留意事項等がありましたらご記入願います)		

※上記に記載がない場合は窓口で確認をお願いします。

※申請者記載不要

項 目	窓口処理欄	介護保険事務所処理欄
被保険者証回収状況	☐ 済 ☐ 未回収(後日送付) ☐ 紛失等により未回収	
資格者証発行状況	☐ 済	☐ 発行済
アドワールド入力	☐ 入力	☐ 入力(確認)済
医療情報欄	☐ 記載確認	☐ 記載確認済