

介護保険 要介護認定・要支援認定申請書 (新規・更新・変更)

(宛先) 紀の川市長

次のとおり申請します。

申請者氏名		本人との関係		申請年月日	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)						
申請者住所	※申請者が被保険者の場合、申請者住所・電話番号は記載不要 〒 電話番号 ()						
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	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	更新・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				
	変更申請の理由	変更申請のときのみ記入					
過去6月間の介 護保険施設医療 機関等 入院、入所の有無 (短期入所除く)	有	入所施設名・所在地	期間	年	月	日～ 年 月 日	
	無	医療機関名・所在地	期間	年	月	日～ 年 月 日	
主治 医	医療機関名	主治医の氏名					
	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は必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、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、紀の川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。

代筆者氏名	本人との関係	本人氏名
代筆者住所	電話番号	

※市記入欄(記入しないでください)

入力の確認

資格者証の発行	認定調査連絡事項	認定調査委託先
済・未	有・無	

資格者証	認定調査	医師意見書

(ご記入ください)

認定調査について

要介護認定のために、あなたのこころや身体に関する項目について、調査員があなたのご家庭などにお伺いしてお聞きます。

認定調査にあたって、調査員に連絡しておきたい事項等ございましたら、下記にご記入ください。

本人氏名			
日程調整を行う ときの連絡先	ふりがな		電話番号
	連絡者氏名		
	本人との関係		連絡時の 注意点
認定調査日時 について	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特にない ・ 曜日の希望がある 月曜日・火曜日・水曜日・木曜日・金曜日 ・ 時間の希望がある 午前・午後 時頃 		
認定調査場所	<ul style="list-style-type: none"> ・ 自宅（住民票上の住所） ・ その他（調査場所の住所を下記に記載してください） _____ 		
家族等の立会い について	どなたか認定調査時に同席する方はいますか。 <ul style="list-style-type: none"> ・ いる 家族() その他() ・ いない 		
手話通訳者などが必 要ですか	あなたの意思を調査員に伝えるために、手話通訳者などが必要ですか。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 必要 具体的にどのような人ですか () ・ 必要ない 		
その他、認定調査に関して、何か伝えておきたいと思われることがありましたら、その内容をご記入ください。			