

介護保険 要介護 要支援 認定申請書

相模原市長 あて
次のとおり申請します。



該当するものにチェック☑してください。

新規 更新 区分変更 転入 申請日 年 月 日

必要事項を漏れなく記入してください。裏面にも記入欄がありますのでご注意ください。

| | | | | | | | |
|------------------|--------------------------------|--|------|-------|----|---|---|
| 被 保 険 者 | フリガナ | | 生年月日 | 明・大・昭 | 年 | 月 | 日 |
| | 氏名 | | 性別 | 男・女 | 年齢 | | 歳 |
| | 住所 | 〒 - 電話番号 - - | | | | | |
| | 現在の 要介護認定 新規申請時は 記入不要 | 要支援1・要支援2 要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5 有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日 | | | | | |
| | (区分変更の場合) 申請理由 | | | | | | |

| | | | | | | | |
|-------------------------|-------|---|--|------------|--|------|---|
| 申請書を提出した人 本人が必要ありません | 親族 | 氏名 | | 続柄 | | 電話番号 | - |
| | 提出代行者 | 該当するものに 地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・指定介護老人福祉施設 介護老人保健施設・介護医療院・指定介護療養型医療施設・地域密着型介護老人福祉施設 名称 所在地 電話番号 担当者 提出代行者による認定調査の実施(可・不可) | | | | | |
| | その他 | 氏名 施設名 | | 本人との 関係 | | 電話番号 | |

| | | | | | | | | | |
|-------------|---|--------------|------|---|-------------|--------------|---|---|---|
| 主 治 医 | 医療機関名 | | 主治医名 | | (科) | | | | |
| | 所在地 | 〒 - 電話番号 - - | | | | 入院中 | | | |
| | 受診状況 | 最終受診日 | 年 | 月 | 日(3か月以内が目安) | 次回受診予定日 | 年 | 月 | 日 |
| | 意見書記入について主治医の了承 | 有(確認日 年 月 日) | | | | 無(次回受診時相談予定) | | | |
| | 特定疾病名(40歳~64歳の方のみ記入) 主治医に確認後、記入してください。 | | | | | | | | |

私は、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、相模原市から高齢者支援センター(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もしくは介護保険施設等の関係者、主治医意見書を記載した医師また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。
(更新申請の場合のみ)私は、申請から30日以内に認定がされない場合、現在の認定の有効期間内であれば、認定延期通知の省略に同意します。

被保険者氏名
(認定を受けようとしている人) _____ 印

・本人自署の場合は、押印不要です。
・代筆の場合は、代筆者身元確認書類と、代理権確認書類により、押印不要です。
代理権確認書類
被保険者の介護保険被保険者証など官公署から発行された書類等

| 事務処理使用欄 | | |
|-------------|----------|--------|
| 被保険者証 | 回収・紛失・後日 | |
| 資格者証 | 窓口交付・郵送 | |
| 個人番号確認 | 申請入力 | 資格者証発行 |
| 下記確認欄に☑ | | |
| 以下 介護保険課使用欄 | | |
| 電話番号確認 | 調査依頼 | 意見書依頼 |
| | | |

| | | | | | |
|-------|--------------------------------------|---------------------------|--------------|--|---------------------------------|
| 番号確認欄 | 個人番号カード(身元確認不要) 通知カード 住民票(番号有) | 住民基本台帳 過去作成ファイル その他 | 身元確認 2点以上 | 運転免許証 運転経歴証明書 公的医療保険の被保険者証 年金手帳 | 障害者手帳 その他写真付証明書() その他() |
|-------|--------------------------------------|---------------------------|--------------|--|---------------------------------|

こちらは裏面です。表面にも記入欄がありますので、記入漏れにご注意ください。



| | | | | | |
|------------------------|---|---|--------|-------|----|
| 医療 保 険 情 報 | 40歳～64歳の方は、本欄をご記入いただくか、医療保険証の写しを添付してください。 | | | 写し添付有 | |
| | 医療保険者番号 | | 医療保険者名 | | |
| | 医療保険被保険者証 記号番号 | | | | |
| | 資格取得日 | 年 | 月 | 日 | 区分 |

| | | | | | | |
|--------------------------------------|---|---------------------------|------|---------------|---------------|---------|
| 訪 問 調 査 に つ い て | 日程調整時の 連絡先 (いずれかにチェック) | 被保険者本人 提出代行者 入院先・入所先 (担当) | | | | |
| | | その他 (上記以外) | フリガナ | | 被保険者 との関係 | |
| | | | 氏名 | | | (同居・別居) |
| | | 電話番号 | | 住所 (別居の場合) | | |
| | 立会者 複数人の場合は 備考欄に記載 (いずれかにチェック) | 上記連絡先と同じ | | | | |
| | | 上記連絡先 以外 | フリガナ | | 被保険者 との関係 | |
| | | | 氏名 | | | (同居・別居) |
| | | | 電話番号 | | 住所 (別居の場合) | |
| | 立会者無 | | | | | |
| | 調査場所 (いずれかにチェック) | 自宅(表面記載の住所) | | | | |
| 入院先・入所先 主治医欄と同じ(退院・退所予定日以外は記入不要) | | | | | | |
| 施設名 : | | | | | | |
| 所在地 : | | | | | | |
| 電話番号 : | | | | | | |
| 担当者 : | | | | | | |
| 退院・退所予定日 年 月 日 | | | | | | |
| その他(親族宅など) | | | | | | |
| 住所 : (様方) | | | | | | |
| 電話番号 : | | | | | | |

備考欄 認定調査の実施にあたり留意すること(病気や認知の状態など)や訪問日時に関する要望などをご記入ください。

| | |
|------------|-----------|
| 事務処理使用欄 | |
| 介護保険課 受領印欄 | 出先窓口 受領印欄 |
| | |