

介護保険

(要介護認定・要支援認定)

申請書

【 新規 ・ 更新 ・ 転入 】 ※ 【 】内の該当するものに○をしてください。

大和高田市長 様

申請年月日

年 月 日

次のとおり申請します。

申請者	氏名			本人との関係
	提出代行事業者名称	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)		
	住所	〒	□□□□ - □□□□	電話番号

*個人番号の記載がなくても、申請書は通常どおり受理します。

被保険者	介護保険被保険者番号	0 0 0 0	個人番号	□□□□□□□□□□□□□□□□	
	医療保険被保険者証	保険者名			
		被保険者証	記号	番号	枝番
	氏名	フリガナ	性別		
	生年月日	大・昭 年 月 日 () 歳			
	住所	〒	□□□□ - □□□□	電話番号	
	主治医氏名	医療機関名			
	主治医所在地	〒	□□□□ - □□□□	電話番号	
	最終の認定結果等	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			
過去6ヶ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・医療機関の名称・所在地		期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
	介護保険施設・医療機関の名称・所在地		期間	年 月 日 ~ 年 月 日	

※裏面も必ず「」記入下さい

※次の枠内は、2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入して下さい。

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、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を、大和高田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、更新申請では、申請日から30日を超えた場合でも、認定有効期間内であれば、原則として延期通知の送付は不要である旨同意します。

※本人が署名できない場合はこちらもお書き下さい。

代筆者氏名 ()

本人との関係 ()

本人氏名 _____

訪問調査連絡票

訪問調査員に事前にあなたの状況をお知らせしますので、以下の内容についてご記入下さい。

被保険者番号	0 0 0 0	フリガナ氏名	
最終の認定結果等	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		事業対象者
認定有効期間(事業対象者の場合は開始日のみ)	年 月 日 ~ 年 月 日		
本人の状態、介護の状況、入院中の方は退院後の予定等		※新規の方のみご記入ください	

1. 訪問調査 日程調整の連絡先 (昼間)

連絡者氏名 () 本人との関係 ()
 連絡先電話番号 ① () ② ()

2. 訪問調査実施場所 (○をつけて下さい)

自宅 (住民票のある場所)
 病院・施設 病院・施設名 () 階 () 号室
 病院・施設住所 _____
 電話番号 _____
 入院・入所期間 年 月 日 ~ 年 月 日
 その他 実施場所住所 _____

3. 訪問調査の希望日時等について (○をつけて下さい) ※原則 9:00~15:00

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
 時間帯の希望がある 午前 午後
 車で訪問した場合駐車する場所 無 有 → (自宅前 駐車場あり その他)

4. 訪問調査当日の同席者について (○をつけて下さい) ※なるべく家族の同席をお願いしています

同席者なし (一人で調査が可能) (家族が病院・施設に一任する)
 同席者あり → 連絡者と同じ
 その他 同席者氏名 () 本人との関係 ()

5. あらかじめ調査員に伝えておきたい事がありましたら、記入して下さい

[]

※保険者使用欄 (この欄は使用しないで下さい)

申請種別 新規 (新規・期限切れ) ・ 更新 <保 OK ・ >

- 被保険者証回収 済 未 → (再交付申請書記入済・調査時回収予定・調査時被保険者証無ければ再交付申請書記入・後日持参)
- 資格者証発行 済 (ファイル・調査時手渡し・郵便)
- 個人番号記載 なし あり →代理人 (ア、イ、ウ確認要) 本人 → (イ、ウ確認要)
- (ア) 代理権確認 (戸籍謄本その他資格を証明する書類 ・委任状 ・被保険者の介護保険被保険者証)
- (イ) 申請者の身元確認 (運転免許証・介護支援専門員証・写真なし公的書類の場合は2種)
- (ウ) 本人の番号確認 (個人番号カード・番号が記載された住民票写し・システム確認了承 確認者)