

介護保険要介護認定・要支援認定申請書

刈谷市長
次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

申請区分		<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 区分変更 <input type="checkbox"/> 要支援者の要介護新規申請 <input type="checkbox"/> 転入																						
被保険者 (サービスを受ける本人)	被保険者番号	0	0	0	0	0								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	明大昭	年	月	日						
	氏名													性別	男	・	女							
	住所													電話番号()	-									
	前回要介護認定結果等	非該当 ・ 要支援() ・ 要介護()												有効期間					年	月	日から	年	月	日まで
	他自治体から転入した場合	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										
	申請の理由	【新規・変更の場合】心身の状況の変化などを記入してください(病名、歩行状態、食事、排泄、認知面など)																						
現在入院・入所中の場合 (短期入所は除く。)	医療機関・施設名													入院・入所日病室					年	月	日	号室		
	所在地													退院・退所の予定	無 ・ 未定				有()	月	日			
主治医	医療機関名	□入院先と同じ				主治医名	フルネームをお願いします				最終受診日					月	日							
	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)のみ記入してください。 ※医療保険被保険者証を提示してください。

特定疾病名																		
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

申請者	フリガナ													本人との関係				
	氏名																	
住所	□本人と同じ												電話番号()	-				
提出代行者	地域包括支援センター ・ 居宅介護支援事業者 ・ (地域密着型)介護老人福祉施設 ・ 介護老人保健施設 ・ 介護医療院事業者 事業者〔 〕 電話番号() - 担当者氏名()																	

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営及び高齢者福祉事業の実施のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る訪問調査、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書の内容を、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、訪問調査に従事した調査員又は当該事業の関係機関に情報提供すること並びに要介護認定・要支援認定に係る介護認定審査会による判定結果を、市と介護保険事業者間の情報共有システムに掲載することに同意します。

本人氏名 (代筆者氏名 本人との関係)

更新申請の場合	申請から30日以内に認定がされない場合、現在の認定有効期間内であれば認定延期通知の省略に同意します。 (同意します ・ 同意しません)																	
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

【 ※裏面も必ずご記入ください 】

認定調査について

訪問調査場所について（原則、本人が主に生活している場所）

本人の住所地
 入院・入所先（ 転院予定 有 申請日から約 週間後（ 月 日頃 ・ 病院 ）
 未定
 なし
 その他（ ）

調査に立ち会われる方

入院・入所中の場合、施設職員等に調査項目を確認します。他に立会人がいなければ「□なし」にチェックしてください。

□なし □あり

フリガナ	本人との関係
氏 名	

日程調整の連絡先

フリガナ				電話番号 () -
氏 名	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 立会人と同じ	本人との関係	日中の連絡先	連絡が付きやすい曜日・時間 月・火・水・木・金 時 ~ 時 (8:30~17:00の間)

調査日の希望について

都合の悪い曜日・時間帯に×をつけてください。

調査に何う時間の目安は、平日の9:00~15:00の間になります。調査時間は約1時間です。

(時間はあくまで目安です。ご希望に沿えない場合もありますのでご了承ください。)

	月曜	火曜	水曜	木曜	金曜	備考
午前						
午後						

調査員用の駐車スペースはありますか（車1台で伺います。できるだけ駐車スペースのご用意をお願いします。）

□あり □なし（ 駐車場所に関する情報：□小さい車希望
□高さ制限あり ）

調査時の留意事項がありましたらご記入ください。

病名未告知 認定調査であることは伏せてほしい（健康調査として実施）
 その他
 ()

市 記 入 欄	保険証	資格証	医療証(写)	問診票	保険料(滞納)	変更連絡	事業対象者	新規 暫定利用	至 急 (がん等)	医療障害 サービス利用
	済・紛失 調査時	済 調査時	1号・2号 済	無・有	無・2号 有(給付)	不要・済 説明	不要・済 説明	無・包括案内 包括相談済	無・要	無 医療・障害
	生活圏域	(富士松・雁が音・中央・中部・依佐美・朝日)								(/)
	特記事項（新規は経緯・心身状態を記入）									