

介護保険

要介護認定・要支援認定

申請書

米沢市長 あて

次のとおり申請します。

										個人番号												
被 保 険 者	被保険者番号										申請年月日											
	フリガナ										生年月日	年	月	日								
	氏名										性別											
	住所	〒										電話番号										
	前回の要介護認定の結果等	* 要介護・要支援更新認定の場合のみ記入		有効期間										から								
	* 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。 <u>はい・いいえ</u> （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																			
介護保険施設 入院・入所の 有無 （短期入所を 除く）	有	入院・入所施設名																				
		所在地																				
	無	介護保険施設以外の入院医療機関名・入所施設名																				
		所在地																				

申請者氏名											本人との 関係										
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	〒										電話番号										

主治医	主治医の氏名											医療機関名										
	所在地	〒										電話番号										

2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

医療保険者名											医療保険被保険者証記号番号										
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。

（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。

本人氏名

1 申請される方の氏名等を記入してください（家族等の方の連絡先）

フリガナ		被保険者との関係	
申請者氏名			
申請者住所	〒		
自宅の電話番号	()	日中の連絡先	() 携帯電話 勤務先

2 認定調査等を行うために、必要な事項について記入してください

(1) 認定調査を行う際の訪問先を記入してください(御自宅の場合は不要です)
(医療機関・グループホームなど) ※医療機関に入院されている場合
入院日: 令和 年 月 日
退院予定日: 令和 年 月 日

(2) 申請の動機について教えてください(更新の場合は不要です)

病院(主治医・看護師・相談員)に勧められた
 家族や友人等に勧められた
 日常生活が大変になってきた
 使いたい介護保険サービスがある

(3) 現在お困りのこと(御病気・お体の状態等)について記入してください

(4) 生活状況について教えてください

- ・ 表面に記載した医療機関を最後に受診した日 令和 年 月 日
- ・ 同居する家族がいる ・ ひとり暮らし
- ・ 不自由なく歩ける ・ つかまればできる ・ できない
- ・ ひとりで体を洗える ・ 一部介助を要する ・ できない
- ・ ひとりで排泄ができる ・ 一部介助を要する ・ できない
- ・ もの忘れはない ・ ある
- ・ 前回申請した時に比べて、変化があった点を教えてください

[]

市 記 入 欄

被保険者資格	1号・2号	被保険者証	回収済・未回収	資格者証	保・交付済・未交付
1 市調査員	氏名	調査日時 月 日 () 時 分			立会者 有 ()・無
2 委託調査員	名称	3 駐車場	あり・なし	4 受付	
5 調整状況	日時	メモ			担当

