

介護保険

〔要介護認定・要支援認定
要介護更新認定・要支援更新認定〕

申請書

多賀城市長 殿
次のとおり申請します。

被保険者（認定を受けようとする方）	介護保険被保険者番号				申請年月日		令和 年 月 日		
	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		()		
	訪問調査先				電話番号		()		
	前回の要介護認定の結果等		要介護状態区分 1 2 3 4 5		経過的要介護		要支援状態区分 1 2		
			有効期間		年 月 日 から		年 月 日		
過去6月間の介護保険施設・医療機関等入院、入所の有無		介護保険施設の名称等・所在地			期間		年 月 日～ 年 月 日		
		介護保険施設の名称等・所在地			期間		年 月 日～ 年 月 日		
		医療機関等の名称等・所在地			期間		年 月 日～ 年 月 日		
有 ・ 無		医療機関等の名称等・所在地			期間		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・介護医療院）	
	住所	〒	
		電話番号 ()	

主治医	フリガナ		
	氏名	医療機関名	
	所在地	〒	
		電話番号 ()	

※下記の欄は、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、健康保険被保険者証を添付してください。

特定疾病名	
(介護が必要になった原因の病名)	

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、多賀城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。申請から30日以内に認定がされない場合、現在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。（更新申請の場合のみ）

収受	
被保険者証回収	
資格者証発行	

本人署名

【確認事項票】

※以下をご記載ください

①新規・変更の方について、状況等を記載ください

- 新規 区分変更

[申請の原因となった病気やケガについて記載ください]

病名: _____ 入院の有無: あり なし

発症日: _____ いつから: _____

②更新申請の方について、状況等を記載ください ※「前回と同じ」ではなく分かる限り状況を記入ください

[前回申請時の状況]

[今回申請時の状況]

- 入院又はリハビリ中 在宅 入院又はリハビリ中 在宅

状態:	状態:
-----	-----

③本人の介護サービス利用状況等を記載ください

[介護保険のサービス]

[認知症の有無]

※年相応の忘れは記載不要です

- 利用している 利用していない あり なし

↓

内容・頻度

④家族構成・居住状況の「現状」について記載ください

[家族構成]

[住まい等]

- 独居 自宅 施設・病院 その他()

家族と生活

※施設や入院の場合、いつから入所・入院していますか

夫または妻 母 父 _____

子 孫 他()

⑤訪問調査先を記載ください ※病院の場合は病院名と病棟のみ記載ください

[調査先] 自宅(被保険者宅)

駐車場: 有 無

その他()

↓ ※被保険者様または申請者様と違う場合のみ記入

訪問先住所: _____

電話番号: _____

[希望曜日] 月 火 水 木 金 特になし

[希望時間帯] 午前 午後 特になし

⑥立会者と主介護者を記載ください ※立会者は訪問調査先が病院以外の場合に記載ください

立会者

主介護者

氏名	立会者	主介護者
続柄		
住所	※被保険者様または申請者様と違う場合のみ記入	※被保険者様または申請者様と違う場合のみ記入
電話		
連絡可能な時間帯		

※調査当日に立会者の方へ連絡することがあります

気がかりな点、調査時に配慮してほしいこと等がありましたら記載ください。

--

保険証回収 資格者証配布 受付者: