

埼玉県三郷市長 あて

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 険 者	介護保険被保険者番号		個人番号	
	医療 保 険	保険者名	保険者番号	
		被保険者記号・番号	記号	番号
	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 要介護状態区分 1 2 3 4 5 要支援状態区分 1 2 有効期限 令和 年 月 日 から 令和 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	介護保険施設等の名称等・所在地		期間 年 月 日 ~ 年 月 日
		介護保険施設等の名称等・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		
医療機関等の名称等・所在地		期間 年 月 日 ~ 年 月 日		
有・無				
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	主治医の氏名	医療機関名		
	所在地	〒 電話番号		

第二号被保険者 (40歳から64歳の医療保険加入者) のみ記入

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、主治医意見書、三郷市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、三郷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、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する(地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。)ことに同意します。

【更新申請の場合】申請から30日以内に認定されない場合、現在の有効期間内であれば、認定延長通知の省略に同意します。

本人氏名 \_\_\_\_\_ 代筆者 \_\_\_\_\_ 続柄 ( )


※個人情報保護のため、FAXでの申請は受付いたしません

※裏面もご記入ください

市 処 理 欄	受付	入力	番号確認者	本人確認	番号確認	代理権	代理人身元確認
				個・( )	個・( )	介・負・	
				介・負・保・( )	不備・誤記	委任・( )	

# 認定調査連絡票

認定調査を円滑に実施するために、下記枠内のご記入をお願い致します。  
 なお、こちらの連絡票の写しを、認定調査実施のために、三郷市または市から委託した  
 事業所の認定調査員に対して提供し、後日「連絡先」となるかたへご連絡を差し上げます。

被保険者氏名		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	
<b>1 申請理由（新規、区分変更の方は必ずご記入ください。）</b>				
きっかけ	怪我・病気		いつから：	
	加齢・その他（ ）			
困りごと	<input type="checkbox"/> 買い物 <input type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 通所型サービス <input type="checkbox"/> その他			
<b>2 調査場所について</b>				
訪問調査場所	<input type="checkbox"/> 現住所地 <input type="checkbox"/> 施設・病院内 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
住所	電話番号			
施設・病院	施設名 病院名等	棟 階 号室		
	入院（所） 年月日	年 月 日	（転院・退院等の予定をご記入ください） いつから どちらへ（施設・病院名）	
	転院・退院 の予定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> あり		
<b>3 調査実施日の連絡先（認定調査員から電話連絡させていただきます）</b>				
フリガナ		続柄	※平日の日中に連絡が取れる電話番号をご記入ください。	
氏名			電話番号①	
			電話番号②	
事業所等 所属名称	※本人・家族等の場合は記入不要です。			
<b>4 調査に同席される方がいる場合、下記①～②をご記入ください。</b>				
※ <u>平日の日中</u> に連絡が取れる電話番号をご記入ください。				
①	<input type="checkbox"/> 上記3 の連絡先のかた			
②	氏名	続柄	電話番号①	
	事業所名		電話番号②	
<b>5 認定調査員車両の駐車場所</b>				
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 自宅・施設等駐車場 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
<b>6 調査にあたり事前に伝えておきたいこと</b>				
<input type="checkbox"/> 家族の同時申請あり <input type="checkbox"/> 別室での調査希望あり <input type="checkbox"/> 未告知の病気あり <input type="checkbox"/> ペットあり（犬・猫・他 ） <input type="checkbox"/> その他				