

介護保険(要介護・要支援)認定申請書

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

申請区分		☐ 新規		☐ 更新		☐ 区分変更		☐ 要支援者の要介護新規		☐ 転入		
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				
		被保険者証 記号				番号				枝番		
	フリガナ				生年		明・大・昭		年 月 日			
	氏 名				(男 ・ 女)		月 日		(歳)			
	住 所		〒				電話番号					
	前回の要介護認定の結果等		要支援状態区分		1 2		要介護状態区分		1 2 3 4 5			
	有効期限		平成・令和		年 月 日		令和		年 月 日			
	区分変更申請の理由											
	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		有・無		介護保険施設・医療機関等の名称等・所在地		入所・入院期間		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。 ☐ はい ☐ いいえ		「はい」の場合申請日 令和 年 月 日				
(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)												
提出(代行)者	提出者氏名				本人との関係 ()							
	住 所		〒				電話番号					
	※提出(代行)者が事業者の場合のみ記入		事業者名				☐ 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					
主治医	医療機関名				主治医氏名							
	住 所				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及び地域包括支援センターが行う事業の実施のために必要があるときは、この要介護(要支援)認定申請にかかる認定調査票及び主治医意見書を、市役所内関係部署、地域包括支援センター及び居宅介護支援事業者、介護保険施設その他の事業者に提示することに同意します。 ◎主治医に必要があるときは、介護認定審査会による判定結果・意見を市役所内関係部署及び主治医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						代筆者						
※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・委任・()				
				介・負・保・()		不備・誤記						

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		□新規 □更新 □区分変更 □要支援者の要介護新規	
1 申請理由（新規、区分変更の方は必ずご記入ください。）					
きっかけ	怪我・病気			いつから：	
	加齢・その他（ ）				
困りごと	☐ 買い物 ☐ 掃除 ☐ 入浴 ☐ ベッド ☐ 車椅子 ☐ 住宅改修 ☐ リハビリ ☐ 通所型サービス ☐ その他				
2 調査場所について					
訪問調査場所		☐ 現住所地 ☐ 施設・病院内 ☐ その他（ ）			
施設・病院	住 所	電話番号			
	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	☐ なし ☐ 未定 ☐ あり			
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）					
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。				
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。 ※ 平日の日中に連絡が取れる電話番号をご記入ください。					
①	□ 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	
5 認定調査員車両の駐車場所 ☐ なし ☐ 自宅・施設等駐車場 ☐ その他（ ）					
6 調査にあたり事前に伝えておきたいこと ☐ 家族の同時申請あり ☐ 別室での調査希望あり ☐ 未告知の病気あり ☐ ペットあり（ 犬・猫・他 ） ☐ その他					