

介護保険要介護（更新）認定・要支援（更新）認定申請書

名 張 市 長 様

次のとおり申請します。

被 保 険 者	被保険者番号		0		0		0		0		申請年月日		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		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		要介護状態区分											
					有効期間 年 月 日から 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						
有 ・ 無		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						

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)
	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、及び主治医意見書を、名張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。

本人氏名 _____

認定調査連絡票

★ご記入の上、申請書と一緒に提出ください。

後日、調査員から、調査日の日程調整のご連絡をさせていただきます。
(ご提出いただいた週の金曜日の午後から翌週にかけてご連絡をさせていただきますが、混雑具合によっては、申請受付よりご連絡が2～3週間ほどかかる場合もありますのでご了承ください。)

被保険者番号		0000		被保険者名				
1 日程調整	調査を行うにあたって、どなたと日程の調整を行ったらよろしいですか。 (平日9:00～16:30の間で連絡がとりやすい電話番号をご記入ください。)	ア 申請者本人で申請者電話番号と同じ						
		イ その他	フリガナ				被保険者との関係	
			氏 名					
			電話番号					
		*連絡がとりやすい時間帯等があればご記入ください。						
2 認定調査	認定調査時、ご家族等の立会いを希望されますか。 (調査開始時間は、平日9:00～16:00になります。) ※ご本人様ご自分の状態を正確に説明できない場合、立会いをお願いします。	ア 立会いは希望しない				イ 上記の日程調整者が立ち会う		
		ウ その他	フリガナ				被保険者との関係	
			氏 名					
			電話番号					
			*ご都合が悪い日程等があればご記入ください。(通院、デイサービス、ショートステイ利用で不在等)					
	訪問場所は、原則自宅となります。入院、入所中等で申請者住所と異なる場合のみご記入ください。 ※申請書住所と居住地が異なる場合も 毎回必ず ご記入ください。	施設・病院等 (号室等もわかれば)	(階 号室)			*ご家族のご自宅等の場合は被保険者との関係		
		住所	※申請書住所と居住地が異なる場合、居住地を毎回必ずご記入ください。 〒 - - -					
		電話番号						
		退所・退院等予定日(予定があれば)			年 月 日			
3 申請理由	認定申請をした理由に○をつけてください。(複数可)	ア 介護保険サービスを利用したい(している)、福祉用具を貸与したい(している)ため イ 介護保険を利用して住宅改修の予定をしているため ウ 名張市紙おむつ給付事業を利用したい(利用している)ため エ 施設入所を希望しているため オ その他(具体的に) _____						
4 その他	※は必ずご記入ください。 その他連絡事項があればご記入ください。	※ ペットの有無(認定調査時は繋ぐ等のご配慮をお願い致します。) (有(種類: 数:) ・ 無)						
		● 調査に関すること(調査後別途、介護者等に聞き取りしてほしい等) _____						
		● その他(玄関まで出てくるのに時間がかかる、ガン末期等で急ぐ等) _____ _____						

主治医への受診もお忘れなく！入院等調査場所変わる際も必ず連絡を！
40歳～64歳までの方は医療保険被保険者証のコピーの添付もお願いします。

三重県名張市