

受付印

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

／ 付

新居浜市長 様
次のとおり申請します。

申請年月日

年

月

日

新・更

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						枝番									
	フリガナ																							
	氏 名													生年月日	年 月 日									
														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	有効期限 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

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・指定介護老人保健施設・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、新居浜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、新居浜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。

本人氏名

調査										
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

送付先変更										
有 ・ 無										
資										
申										
意										

訪問調査等確認票

* 介護認定調査時の同席希望等について

(調査立会いは、家族や施設職員等、調査対象者の日頃の状況をよく御存知の方をお願いします。)

同席希望	1番目に連絡を希望する人についてご記入ください。		
	フリガナ	被保険者との関係
	氏名		()
	平日昼間の連絡先	電話番号(自宅・勤務先)	
		(携帯電話)	
	2番目に連絡を希望する人がおられましたら、ご記入ください。		
フリガナ	被保険者との関係	
氏名		()	
平日昼間の連絡先	電話番号(自宅・勤務先)		
	(携帯電話)		
訪問調査先が住民票と異なる場合	施設等入所の場合はその所在地、マンション等の場合は部屋番号までご記入ください。		
	住所(所在地)		
	方書	続柄 ()
	施設名	<input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス等	
	電話番号	<input type="checkbox"/> その他()	
駐車場備考	(訪問調査には軽自動車で行いますので、お近くの駐車場所を教えてください。)		
	(調査にあたって留意すべき点等)		
介護サービス利用状況 (現在利用中の在宅サービスについて☑を入れてください)	<input type="checkbox"/> 訪問介護(ホームヘルプ)	()	曜日
	<input type="checkbox"/> 訪問看護	()	曜日
	<input type="checkbox"/> デイサービス・デイケア	()	曜日
	<input type="checkbox"/> ショートステイ	次回予定: 月 日 ~ 月 日	
	<input type="checkbox"/> 福祉用具レンタル		
	<input type="checkbox"/> 住宅改修		
	<input type="checkbox"/> その他		

* 同意欄

(更新申請の場合のみ) 申請から30日以内に認定がされない場合、現在の認定期間内であれば、認定延期通知の省略に同意します。

本人氏名

代筆者氏名

続柄 ()

* 申請者について(窓口に来た人)

窓口に来た人 (担当CM)		続柄 (本人との関係)	
住所	電話番号		