

介護保険 要介護等認定申請書

恵那市長様

次のとおり要介護・要支援の（新規・変更・更新）認定を申請します。

申請年月日 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					枝番						
	フリガナ										生年月日	年 月 日							
	氏名										性別	男・女							
	住所		〒 恵那市 電話番号																
	前回の要介護 認定の結果等		※要介護・要 支援変更・更 新認定場合 のみ記入	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					
			※14日以内 に他自治体 から転入し た者のみ記 入	有効期間 年 月 日 から 年 月 日										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					
	変更申請の 理 由		「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 入所・入院の 有・無		介護保険施設の名称										期間 年 月 日～年 月 日						
医療機関の名称										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	主治医の氏名					医療機関名								
	所 在 地	〒 電話番号 ()												

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

特定疾 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恵那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

申請者連絡先	住所	氏名	電話
--------	----	----	----

※市記入欄

区 分	確 認 欄		備 考	受 付
1 要 支 援 2 要 介 護	規 1 新 2 変 3 更	システム入力 受付簿入力 意見書受領 問診票受領 広域送付	済・未 済・未 済・未・不要 済・未・不要 済	

認定調査 連絡票

被保険者番号	対象者氏名

立会いする人	氏名 <input type="checkbox"/> 申請者に同じ	続柄
	電話番号	連絡希望時間 (8:30~17:00)
ケアマネ立会いの場合は記入	氏名	事業所名
	電話番号	備考

調査先	<input type="checkbox"/> 自宅 (<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 配偶者と2人暮らし <input type="checkbox"/> その他) [
	<input type="checkbox"/> 病院 [病院名	病棟	階	
	<input type="checkbox"/> 施設 [施設名			
	<input type="checkbox"/> その他 [

調整方法	<input type="checkbox"/> 家族と日程調整	<input type="checkbox"/> ケアマネと日程調整
	<input type="checkbox"/> 施設職員と日程調整	<input type="checkbox"/> 本人と日程調整
	<input type="checkbox"/> その他 [

調査希望日 (都合の悪い所に ×)	月	火	水	木	金	備考(調査の際、注意する点などあれば)
	午前					
	午後					

利用中 または 希望する サービス	<input type="checkbox"/> ホームヘルプ	<input type="checkbox"/> デイサービス	<input type="checkbox"/> リハビリ 通所	・ 訪問	<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> 訪問入浴	
	<input type="checkbox"/> ショートステイ	[年 月 日 ~ 年 月 日]					
	<input type="checkbox"/> 小規模多機能	[通い : 週 回 泊まり : 週 回]					
	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与・購入	<input type="checkbox"/> 住宅改修	<input type="checkbox"/> その他 []			

処理事項	問診票			その他			※市記入欄 保険料滞納 □ 有 □ 無 □ 不納欠損歴
	<input type="checkbox"/> 回収	<input type="checkbox"/> 直接病院へ提出	県立多治見病院 (不要・要(渡し済))				
	<input type="checkbox"/> 後日提出 (振興事務所・市役所)	居宅事業所届 (有・後日・不要)					
	<input type="checkbox"/> 後日訪問 (自宅・申請者宅)	<input type="checkbox"/> 介護保険証回収 (有・無)	※メール便にて送付をお願いします				
	<input type="checkbox"/> 不要 (ほか)						

本人 申請	個人番号確認		本人身元確認			※市記入欄 事業 対象者 □ 有 □ 無
	書類あり	書類なし	写真付	写真なし		
	<input type="checkbox"/> 本人の個人番号カード (写真付)	<input type="checkbox"/> 本人の個人番号 照会の同意	<input type="checkbox"/> 本人の運転免許証	<input type="checkbox"/> 本人の介護保険証・負担割合証		
	<input type="checkbox"/> "個人番号通知カード		<input type="checkbox"/> "パスポート	<input type="checkbox"/> "医療保険証		
	<input type="checkbox"/> "個人番号付住民票		<input type="checkbox"/> "障害者手帳	<input type="checkbox"/> "その他()		

代理 申請	個人番号確認		申請代理人身元確認			委任 □ 委任状 □ 本人の介護保険証 □ 本人の医療保険証 □ その他()
	書類あり	書類なし	写真付	写真なし		
	<input type="checkbox"/> 本人の個人番号カード (写真付)	<input type="checkbox"/> 本人の個人番号 照会の同意	<input type="checkbox"/> 代理人の個人番号カード(写真付)	<input type="checkbox"/> 代理人の介護保険証・負担割合		
	<input type="checkbox"/> "個人番号通知カード		<input type="checkbox"/> "運転免許証	<input type="checkbox"/> "医療保険証		
	<input type="checkbox"/> "個人番号付住民票		<input type="checkbox"/> "パスポート	<input type="checkbox"/> "その他()		

特記事項	<input type="checkbox"/> 個人番号照会拒否	<input type="checkbox"/> 本人身元確認なし	<input type="checkbox"/> 申請者身元確認なし
------	-----------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------