

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 者	被保険者番号																				個人番号																		
	フリガナ																			生年月日	明・大・昭 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																																				
	変更申請の理由	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○（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 （ ）																																				

2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

医療保険者名																			医療保険被保険者証記号番号																			
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は必要があるときは、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	1 新 規	2 変 更 3 更 新	システム入力	済 ・ 未		
			受付簿入力	済 ・ 未		
2 要 介 護	意見書受領		済 ・ 未 ・ 不要			
	問診票受領		済 ・ 未 ・ 不要			
	広 域 送 付		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 ☐ 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 の場合のみ記入	氏名										事業所名									
	電話番号										備考									

調査先	☐ 自宅 (☐ 独居 ☐ 配偶者と2人暮らし ☐ その他) [																								
	☐ 病院 [病院名										病棟					階					号室]				
	☐ 施設 [施設名																								
	☐ その他 [																								

調整方法	☐ 家族と日程調整										☐ ケアマネと日程調整									
	☐ 施設職員と日程調整										☐ 本人と日程調整									
	☐ 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	☐ ホームヘルプ ☐ デイサービス ☐ リハビリ 通所 ・ 訪問 ☐ 訪問看護 ☐ 訪問入浴																			
	☐ ショートステイ { 年 月 日 ~ 年 月 日 }																			
	☐ 小規模多機能・看護小規模多機能 { 通い : 週 回 泊まり : 週 回 }																			
	☐ 福祉用具貸与・購入 ☐ 住宅改修 ☐ その他 {																			

※市記入欄

処理事項	問 診 票										そ の 他									
	☐ 回収 ☐ 直接病院へ提出 ☐ 後日提出 { 振興事務所 ・ 市役所 } ☐ 後日訪問 { 自宅 ・ 申請者宅 } ☐ 不要 { ほか() }										県立多治見病院 { 不要 ・ 要 (渡し済) } 居宅事業所届 { 有 ・ 後日 ・ 不要 } 介護保険証回収 { 有 ・ 無 } ※メール便にて送付をお願いします									

※市記入欄

保険料滞納	☐ 有
	☐ 無
	☐ 不納欠損暦

※市記入欄 (個人番号の確認および身元確認)

本人申請	個人番号確認										本人身元確認									
	書類あり					書類なし					写真付					写真なし				
	☐ 本人の個人番号カード (写真付)					☐ 本人の個人番号照会の同意					☐ 本人の運転免許証					☐ 本人の介護保険証・負担割合証				
	☐ " 個人番号通知カード					☐ " 振興事務所 ・ 市役所					☐ " バスポート					☐ " 医療保険証				

※市記入欄

事業対象者	☐ 有
	☐ 無

代理申請	個人番号確認										申請代理人身元確認										委任
	書類あり					書類なし					写真付					写真なし					
	☐ 本人の個人番号カード (写真付)					☐ 本人の個人番号照会の同意					☐ 代理人の個人番号カード (写真付)					☐ 代理人の介護保険証・負担割合証					
	☐ " 個人番号通知カード					☐ " 振興事務所 ・ 市役所					☐ " 運転免許証					☐ " 医療保険証					

特記事項	☐ 個人番号照会拒否 ☐ 本人身元確認なし ☐ 申請者身元確認なし																			
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--