

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

白井市長 宛て
次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被 保 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		生年月日					明・大・昭	年	月	日			
	氏名		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 み 場合 記入	要介護状態区分 1 2 3 4 5					要支援状態区分 1 2					
			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 入院、入所の有無		介護保険施設の名称等・所在地					期間 年 月 日～ 年 月 日						
介護保険施設の名称等・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				

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、白井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

●介護保険認定調査にあたっての確認事項

調査立会者 (※1) 有・無	訪問調査先	自宅・病院・施設・住所地以外の住居【宅】			
		病院名	病棟	号室	
		施設名	(施設種類)		
		住所地以外の住居の場合【住所】			
	フリガナ		本人との関係	(続柄)	
	立会者氏名			同居 市内別居・市外別居	
	立会者連絡先	自宅電話		連絡の取りやすい時間帯	・午前・午後 ・夕方以降 ・いつでも可
		携帯電話			
	調査希望日 (※2)	【曜日】	月・火・水・木・金・いつでも可		
		【時間】	午前・午後・どちらでも可		

※1 新規申請・区分変更申請の場合は、可能な限りご家族様の立会いをお願いします。

※2 調査は、原則として平日の ①午前9時30分 または ②午後1時30分 からの1時間30分程度です。

※3 調査日はご希望に添えない場合がございます。あらかじめご了承ください。

●チェックリスト（新規申請の方のみ） 現在のご本人様の状態をご記入ください。

主な病気			
もの忘れ	ない	ある	
歩行状態	できる	つかまればできる	できない
排泄	自立	一部介助	全介助（オムツ等）
上着の着脱	自立	一部介助	全介助
ズボン等の着脱	自立	一部介助	全介助
入浴	自立	介助により入浴	できない
家族状況	独居	日中独居	家族と同居
	同居家族の構成		

●市メモ欄