

介護保険 要介護認定・要支援認定申請書

明石市長様

次のとおり申請します。

申請区分 新規・更新・変更・介護（要支援からの変更）・転入

申請年月日 年 月 日

被保険者 (本人)	被保険者番号											個人番号										
	フリガナ											生年月日	明・大・昭									
	被保険者氏名											年 月 日	() 歳									
	性別											男・女										
	住民票上の住所	〒 ー										電話番号 ()	ー									
	現在の要介護認定結果等	申請歴無 非該当 事業対象者 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5																				
	有効期間	年 月 日 から										年 月 日 まで										
	医療保険 保険者名											保険者番号										
	被保険者証	記号										番号	枝番									
	特定疾病名	※第2号被保険者(40歳～64歳の医療保険加入者)のみ記入してください。(医療保険の資格確認ができる書類が必要。)																				
変更(介護)申請理由																						

※本人以外の方が提出される場合は、記入してください。

提出者 (本人以外)	氏名	(本人との関係)																		
	住所又は所在地	〒 ー 電話番号 () ー																		
	提出代行業者名	事業の種類 該当する番号に○ 1 地域包括支援センター 2 指定居宅介護支援事業者 3 指定介護老人福祉施設 4 介護老人保健施設 5 指定介護療養型医療施設・介護医療院 6 指定地域密着型介護老人福祉施設																		

※主治医意見書の記入を依頼する医師について、記入してください。【必須】

主治医	医療機関名											医師名										
	所在地	〒 ー										電話番号 ()	ー									

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、明石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、明石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

(「本人氏名」欄を代筆した場合) 代筆者氏名

(続柄)

＊裏面も記入してください。

身元確認	免・介専・負割・職員証・その他 ()	入力	受付
該当校区			

訪問調査連絡票

要介護認定・要支援認定を行うために、訪問調査にうかがいますので、記入をお願いします。

- 訪問調査を受ける方について記入してください。

フリガナ 氏 名		生年月日	明・大・昭	年	月	日
-------------	--	------	-------	---	---	---

- 日程調整の連絡をどなたにすればよろしいですか。

(あてはまる番号に○をつけて、平日の日中に連絡がとれる電話番号(携帯電話など)を記入してください。)

1 本人	→	昼間連絡先 ()	—
2 家族 その他	→	フリガナ 氏 名	本人との関係
		昼間連絡先 ()	—

- 訪問調査に同席する方はいますか。(あてはまる番号に○をつけてください。)

1 同席なし	
2 上記の「家族・その他」の欄に記載した方と同じ	
3 それ以外 →	
フリガナ 氏 名	本人との関係

- どこで、訪問調査を受けますか。(あてはまる番号に○をつけてください。)

1 住民票上の住所	→	過去1週間の入院等の有無	1. 無 2. 有	退院・退所日: 月 日
2 その他(病院・施設・家族宅など)	※入院・入所の場合は、病院名・施設名も記入してください。 ※家族宅の場合は、滞在先の住所・氏名、滞在期間も記入してください。			
調査場所	所在地	〒 — 電話番号 () —	入 入 院 所 ・ 滞 在 期 間	年 月 日 から
	名称			年 月 日 まで

- 訪問調査(平日のみ)について伝えたいことがあれば、記入してください。

例	日程調整の連絡は午前中にお願いします。 ○月○日から○月○日までショートステイ利用中。 月・木曜日デイサービス利用中。 認知症があるので、家族にも聞き取りをしてください。など
.	

<訪問調査について>

明石市または明石市が委託した調査員が、ご自宅など、ご本人が普段生活しているところに訪問し、お身体の様子や介護が必要な状況について調査します。可能な範囲で、歩行や寝返りなどを実際に行っていただきますので、ご協力をお願いします。