

申請書

次のとおり申請します。

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																			
		被保険者証	記 号									番 号									枝 番																		
	フリガナ																			生年月日		明・大・昭		年		月		日(		歳)									
	氏 名																			性 別																			
	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		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 年 月 日 「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		介護保険施設の名称等・所在地																		期間												年		月		日		～	
		介護保険施設の名称等・所在地																		期間												年		月		日		～	
		医療機関等の名称等・所在地																		期間												年		月		日		～	
有 ・ 無		医療機関等の名称等・所在地																		期間												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、野田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 要介護認定申請確認票

被保険者との関係：

1. ご本人について

申請理由 (新規申請・ 区分変更 のみ)	☐ 医療機関からのすすめ ☐ 家族・知人からのすすめ ☐ ご病気があり日常生活において困っている（ご症状：） ☐ その他（）
入院・入所の 有無	(1) 現在、入院中または入所中ですか。 ☐ はい ☐ いいえ (2) (1) で「はい」と答えた方のみ、記入してください。 <u>病院（施設）名：</u> <u>病院（施設）電話番号：</u> <u>病棟：</u> <u>病棟</u> <u>階</u> <u>号室</u> <u>入院（入所）日：</u> <u>年</u> <u>月</u> <u>日</u> <u>入院（入所）理由：</u> 手術： ☐ あり ☐ なし （手術「あり」の場合） <u>手術日：</u> <u>年</u> <u>月</u> <u>日</u> <u>手術内容：</u> <u>入院（入所）予定期間：</u> ☐ 2週間以内 ☐ 1か月以内 ☐ 2～3か月 ☐ 未定 <u>退院（退所）予定日：</u> <u>年</u> <u>月</u> <u>日</u>

2. 認定調査について

認定調査場所	(1) あてはまるものにチェックを入れてください。 ☐ 自宅 ☐ 入院先 ☐ 入所先 ☐ 家族宅 ☐ その他 () (2) (1)で「家族宅」「その他」を選んだ方のみ、記入してください。 調査先住所：
駐車場の有無	☐ 有 ☐ 無 駐場所：_____ 有の場合は具体的に駐場所を、無の場合はコインパーキングの情報等 ありましたら記入してください。
調査不可の 曜日・日付等	
認定調査立会人	立会人氏名： _____ (本人との関係： _____)
調査時、特に 気を付けて ほしいこと	☐ 別室等で立会人に聞き取りをしてほしい ☐ 本人へ未告知のご症状があり、配慮してほしい (ご症状： _____) ☐ 「介護保険認定調査」ではなく「健康調査」などの名目で来てほしい ☐ 本人へは筆談等で対応してほしい ☐ その他 (_____)

3. 連絡先について（日中、連絡できる番号を記入してください。）

連絡先 (優先1)	氏名：(本人との関係：) 電話番号： ☐ 自宅 ☐ 携帯 ☐ 勤務先
連絡先 (優先2)	氏名：(本人との関係：) 電話番号： ☐ 自宅 ☐ 携帯 ☐ 勤務先

以下、高齢者支援課記入欄

保険証回収 ☐ 済 ☐ 未 ☐ 紛失 認定調査日 ☐ 確定済→調査日： 年 月 日（ ） ： ～ 調査員 ☐ 調査保留→保留理由： 備考欄		受領印
		受付者：