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

（宛先）野田市長

次のとおり申請します。　　申請年月日　令和　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		
	医療保険 被保険者記号・番号	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　・　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、医療機関等への入院、入所の有無 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		
		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・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、主治医意見書、野田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、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、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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

介護保険　要介護認定申請確認票

被保険者氏名：　　記入者氏名：　　被保険者との関係：

1.申請理由・入院、入所の有無について

申請理由 **※更新申請の場合は記入不要**	**（新規・区分変更申請の場合に記入）** □医療機関からのすすめ　□家族・知人からのすすめ □病気等があり日常生活において困っている（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 入院中または入所中の場合は、以下を記入してください。** 病院（施設名）：□表面※に記載した入院・入所先と同じ □※以外の病院・施設等（　　） 入院（入所）理由：（　　） ※表面「過去6カ月間の介護保険施設、医療機関等への入院、入所の有無」欄

2.認定調査について

認定調査場所 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（　　） （家族宅・その他の場合は、住所：　　）
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 □本人へ未告知の病状等があり、配慮してほしい（病状等：　　） □「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、介護支援課記入欄　□事前預かり　□それ以外（新規・区分変更・60日前以降の更新受付）

保険証回収　□済　□未（保険証を回収してください）　□紛失 資格者証の交付　□済　□未（資格者証を調査時に渡してください） 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： ①駐車場について（以下、調査日程調整時に聞き取り） 駐車場の有無：□有→駐車場の場所（　　） □無→コインパーキング等の情報（　　） ②入院・入所について（入院・入所中の場合に聞き取り）（　病棟　階　号室） 入院（所）日：　年　月　日、退院（所）日：　年　月　日 手術：□なし　□あり（手術日：　年　月　日、手術内容：　　）	**受領印**
備考： **受付者**：	

（被保険者番号　　）