

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

千歳市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被 保 者	被保険者番号											個人番号											
	医療保険 (写し添付)	保険者名											保険者番号										
		被保険者 記号・番号	記号								番号						枝番						
	フリガナ											生年月日											
	氏名											性別											
	住所	〒										電話番号											
	前回の要介護 認定の結果等	※更新申請の場 合のみ記入	要介護状態区分 有効期間 年 月 日から																				
		※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) [年 月 日] 現在、転出元 自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 ・はい(申請日 年 月 日) ・いいえ(認定結果通知受取済)																				
	過去6月間の 介護保険施設、医療機関 等入院・入所 (短期入所を を除く。)	有(下の欄に記入) ・ 無																					
		介護保険施設等の名称・所在地・入所期間																					
医療機関等の名称等・所在地・入院期間																							
介護補償給付等の受給の有無	有[介護給付決定通知書等の写し] ・ 無																						
申 請 者	提出代行者種別 事業所等 名称	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																					
	氏名											本人と の関係											
	住所	〒										電話番号											
主 治 医	氏名						医療機関名																
	所在地	〒										電話番号											
	受診状況	か月に 回 最近の受診日(予定含む) 年 月 日																					

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	
-------	--

裏も記入願います→

認定調査についての事前確認事項

被保険者番号 _____

※認定調査は訪問前に日程調整等のため調査員から連絡をいたします(開庁時間帯)。

調査についての 連絡先 (当てはまる項目に○)	本人 (被保険者)	電話番号 _____
	その他 (右欄を 記入)	氏名 _____ 続柄(関係) _____ 電話番号 _____ 所属等 _____
連絡時の留意事項 (時間帯、難聴など)		
本人の主な疾病、障害等 (当てはまる項目に○、 状態を記入)	がんの場合→ 告知済・未告知	認知症症状→ 有・無
調査時の配慮事項		
本人の居住場所 (当てはまる項目に○)	1. 住所地(同居者氏名・続柄 _____) 2. 病院 3. 施設 4. その他 →2.3.4. の場合は名称や住所などを下に記入 [_____]	
駐車場所について (当てはまる項目に○)	駐車場所 有 → ・住宅敷地内 ・住宅前路上 ・その他 無	
調査の同席者 (当てはまる項目に○)	有(右欄に記入)	連絡先に同じ 連絡先以外 氏名 _____ 続柄 _____
	無(右欄に記入)	調査後の聞き取り <u>希望する</u> ・希望しない ↓ 聞き取り先氏名 _____ 続柄 _____ 電話番号 _____
介護保険サービスの 利用曜日 ※予定を含む (当てはまる項目に○)	有(右欄に利用 曜日を記入) 未定	訪問介護() 訪問リハビリ() 通所介護() 訪問看護() 通所リハビリ() その他: ()
備考		