

記入例

(訪問日程調整後に職員が記入します。)

依頼書発行日	
・包括	
・下	

いずれかに☑を記入してください。
新規(支⇔介)及び区分変更(支⇔支/介⇔介)の場合は、必ず理由を具体的に記入してください。

介護保険要介護認定・要支援認定

[新規 新規(支⇔介) 更新 区分変更(支⇔支/介⇔介) 転入]
新規(支⇔介)または区分変更の理由

稲沢市長 ()
窓口に来た方(申請者)の氏名を記入してください。

次のとおり申請します。 免・マカ・保・診・ケアマネ・その他()

申請者氏名	稲沢 植太	申請年月日	令和4年 4月 1日
提出代行者名称	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護予防支援事業者 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院	本人との関係	長男
申請者住所 (本人申請以外)	〒492-8269 稲沢市稲府町1番地	電話番号 (訪問調査連絡先)	(妻 木子) 090-XXXX-XXXX

平日昼間でも連絡可能な番号を記入してください。

被保険者番号	0 0 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2												
医療保険	<table border="1"> <tr> <td>保険者名</td> <td>者番号</td> </tr> <tr> <td>被保険者証記号</td> <td>枝番</td> </tr> </table>	保険者名	者番号	被保険者証記号	枝番								
保険者名	者番号												
被保険者証記号	枝番												
フリガナ	イナザワ ハナコ												
氏名	稲沢 花子												
住所	〒492-8145 稲沢市正明寺三丁目114番地 電話番号 0587-32-1111												
前回の要介護認定の結果等	<table border="1"> <tr> <td>要介護状態区分</td> <td>1 2 3 4 5</td> <td>要支援状態区分</td> <td>1 2 非該当</td> </tr> <tr> <td>有効期間</td> <td>令和 年 月 日 から</td> <td>令和 年 月 日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>14日以内に他自治体から転入した方のみ記入</td> <td colspan="3"> 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 </td> </tr> </table>	要介護状態区分	1 2 3 4 5	要支援状態区分	1 2 非該当	有効期間	令和 年 月 日 から	令和 年 月 日		14日以内に他自治体から転入した方のみ記入	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		
要介護状態区分	1 2 3 4 5	要支援状態区分	1 2 非該当										
有効期間	令和 年 月 日 から	令和 年 月 日											
14日以内に他自治体から転入した方のみ記入	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か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)	入院(所)施設名称・所在地 稲沢市民病院 期間 3/14 ~ 入院中 入院(所)施設名称・所在地 ~ /												

申請時に医療保険証の提示をお願いします。

いずれかに○を記入してください。
※介護保険施設の他に、有料老人ホーム等へ入居している場合も記入してください。

主治医	<table border="1"> <tr> <td>医療機関名</td> <td>稲沢市民病院</td> <td>主治医の氏名</td> <td>稲沢 太郎</td> </tr> <tr> <td>所在地</td> <td>〒492-8167 稲沢市長束町沼100番地</td> <td>電話番号</td> <td>0587-32-2111</td> </tr> <tr> <td>受診状況</td> <td colspan="3">●最終受診日 令和 年 月 日 ●受診予定日 令和 年 月 日</td> </tr> </table>	医療機関名	稲沢市民病院	主治医の氏名	稲沢 太郎	所在地	〒492-8167 稲沢市長束町沼100番地	電話番号	0587-32-2111	受診状況	●最終受診日 令和 年 月 日 ●受診予定日 令和 年 月 日		
医療機関名	稲沢市民病院	主治医の氏名	稲沢 太郎										
所在地	〒492-8167 稲沢市長束町沼100番地	電話番号	0587-32-2111										
受診状況	●最終受診日 令和 年 月 日 ●受診予定日 令和 年 月 日												

2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	
-------	--

介護サービス利用の必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護サービス利用の意向、稲沢市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅介護支援事業所等に介護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。同意しない場合は、現在の有効期間内に認定を行うことができるときは、延期通知の省略に同意します。

本人氏名 稲沢 花子 (代理) 稲沢 植太 ※裏面も記入してください。

※ 委任者（被保険者）と同一世帯の方が申請される場合は、記入は不要です。

委任状

稲沢市長 様

私は、介護保険要介護・要支援認定申請について次の者に委任します。

令和4年 4月 1日

受任者（窓口に来た方）

氏名 稲沢 植太

委任者（被保険者）

氏名 稲沢 花子

介護保険被保険者証に

調査場所（主たる生活場所）を「自宅」、「自宅以外（家族宅など）」、「病院」、「施設」から選択し、詳細を記入してください。
※入院直後など、心身の状態が安定していない状況での申請はお控えください。

認定調査確認事項

1 訪問調査場所（原則、主たる生活場所）

自宅 駐 車 場 あり なし

自宅以外 住 所 _____

氏 名 _____

連 絡 先 _____

駐 車 場 あり なし

病 院（入院中の場合）

病 院 名 ・ 担 当 科 稲沢市民病院 内科

連 絡 先 0587-32-2111

調査に立ち会われますか。 あり（ 5 / 1 ~ ）

なし 施設探し中

調査に立ち会われる方の氏名、本人との関係、連絡先を記入してください。
※日程調整は表面の訪問調査連絡先に連絡します。なお、入院等で立会制限中の場合は病院・施設と日程調整します。

2 調査に立ち会われる方

氏 名 稲沢 植太・木子

本人との関係 （長男・長男の妻）

連 絡 先 (木子) 090-XXXX-XXXX