

依頼書発行日・発行場所	
／	・包括・明・千・里西・里東 ・下・小・稲・祖・平・本

(職員が記入します)
担当訪問調査員名

介護保険要介護認定・要支援認定申請書

[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 様

(

)

次のとおり申請します。

免・マカ・保・診・ケアマネ・その他()

申請年月日 令和 年 月 日

申請者氏名		本人との関係	
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"/> 指定介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院		
申請者住所 (本人申請以外)	〒	電話番号	

被 保 険 者	被保険者番号	0 0 0	個人番号		
	医療 保 険	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	明・大・昭 年 月 日	
	氏名		性別	男 ・ 女	
	住所	〒	電話番号		
	前 回 の 要 介 護 認 定 の 結 果 等	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	期間 / ~ /		
入院(所)施設名称・所在地		期間 / ~ /			

主 治 医	医療機関名		主治医の氏名	
	所在地	〒	電話番号	
	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、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。また、更新申請の場合、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

※ 裏面も記入してください。

被保険者番号：	被保険者住所：
被保険者氏名：	
調査員：	調査日： / () 午前・午後 時 分

認定調査確認事項

※調査員と調査日は職員が記入します。

① 立会人

<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <small>フリガナ</small> 氏名：	電話番号：	本人との関係：
-----------------------------	---	-------	---------

② 日程調整先

<input type="checkbox"/> 立会人と同じ	<input type="checkbox"/> 立会人以外（下記にご記載ください）	
<small>フリガナ</small> 氏名：	電話番号：	本人との関係：

③ 訪問調査場所

<input type="checkbox"/>	自宅 駐車場 有・無	駐車場の具体的な場所等：	
<input type="checkbox"/>	その他 住所：	駐車場の具体的な場所等：	
<input type="checkbox"/>	施設 施設名：	施設住所：	電話番号：
<input type="checkbox"/>	病院 病院名：	病棟、病室：	入院した日：
	病院所在地：	退院・転院の目途： 無・有（いつ頃か）	電話番号：

④ 介護保険サービス利用について

<input type="checkbox"/>	現在利用中 包括支援センター、居宅介護支援事業所名、施設名及び担当者名： 介護サービス利用状況（下記にご記載ください）
<input type="checkbox"/>	利用を検討中 包括支援センター、居宅介護支援事業所名、施設名及び担当者名：
<input type="checkbox"/>	利用していない

⑤ 申請理由

<input type="checkbox"/>	更新	<input type="checkbox"/>	介護サービスを利用したい
<input type="checkbox"/>	病院、主治医から勧められた	<input type="checkbox"/>	その他

⑥ 病名

告知の有無：無・有

⑦ その他調査員への伝達事項

委 任 状	
稲沢市長様	
私は、介護保険要介護・要支援認定について次の者に委任します。	
年 月 日	
受任者（窓口に来た方）氏名	委任者（被保険者）氏名

介護保険被保険者証にて確認

※委任者と同一世帯の方が申請される場合は、記入は不要です。