

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

恵庭市長様

次のとおり申請します。

※太枠の中は必ずご記入ください

個人番号		申請年月日 令和 年 月 日	
介護保険 被保険者番号		0 0 0 0	※第二号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)は医療保険証(写し)を添付してください
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	大・昭 年 月 日
氏名		性別	男・女
住所 (住民票上)		〒 電話番号 ( ) -	
被 保 険 者	調査を受ける場所	どちらかに○を してください 1. 住民票上の住所 2. 住民票上の住所以外(病院・施設・親族宅等、現在の居所を下の欄に記入してください)	
	2 の 場 合	〒 住所 方書	退院予定 未定・有 ( 月 日頃) 電話番号 ( ) -
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	介護保険施設等の住所	期間 年 月 日 ~ 年 月 日	
	名称 医療機関等の住所	期間 年 月 日 ~ 年 月 日	
	名称 医療機関等の住所	期間 年 月 日 ~ 年 月 日	
有・無	〒 名称	年 月 日 ~ 年 月 日	
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 非該当 有効期間 平成・令和 年 月 日 から 平成・令和 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。 はい・いいえ (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」の場合、申請日 令和 年 月 日	

申 請 者	本人との関係	□本人 □親族等( ) □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 名称		
	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、恵庭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、恵庭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

代筆氏名

本人との関係

訪問調査等について

<p>日程調整等の 連絡先</p>	<p>1. 本人</p> <p>2. 本人以外</p> <p>フリガナ 氏名</p> <p>連絡先 : ① ( ) - (携帯電話・勤務先・自宅)</p> <p>② ( ) - (携帯電話・勤務先・自宅)</p> <p>本人との関係</p>	
<p>調査時の立会い 希望</p>	<p>無・有</p>	<p>フリガナ 氏名</p> <p>本人との関係</p>
<p>利用サービス等 (時間・曜日を記入)</p>		
<p>調査にうかがう 際の留意事項</p>	<p>特になし ・ 配慮が必要 (聴力・伝達能力)</p> <p>特に調査員に伝えたいこと</p>	
<p>備考</p>	<p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>	

事務処理欄

<p><input type="checkbox"/>市調査</p> <p>/ ( ) 時 分 担当 _____</p> <p><input type="checkbox"/>事業所 _____</p>
---

備考 この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を用いることができる