

介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書

年 月 日

月 日

受付印

※医療保険被保険者証写し要

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、宋栗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。

印

【市介護保険郵便物送付先】

↓引き続き裏面を記載ください

次の 1 から 9 までの事項を記載ください。

1 ご家族の状況 ☐ ひとり暮らし ☐ 同居家族あり 本人含め____人暮らし	同居家族 該当に○	配偶者・子・子の配偶者 子の子・その他
2 介護認定更新申請をされる理由 あてはまるものすべてに✓をつけてください。 ☐ 病気やケガで心身の状態が変化した（傷病名： _____ いつから： _____） ☐ 利用しているサービスを引続き希望する ☐ 医師、病院などからすすめられた ☐ 交通事故、他者からの暴力による病気やケガ ☐ その他（ _____ ）		
3 ケアプランの依頼先及びケアマネジャーをお答えください。 事業所名： _____ ケアマネジャー： _____		
4 利用している介護サービス あてはまるものすべてに✓をつけてください。 ☐ ヘルパー、看護師に来てもらう ☐ 日中にデイサービスやリハビリ等に通う ☐ 車いすやベッドや杖等の用具を使う ☐ 施設に入所する ☐ 現在は利用していない ☐ その他（ _____ ）		
5 日常生活でのお困りごと、支援・介助を必要とすることすべてに✓をつけてください。 ☐ 歩行 ☐ 食事摂取 ☐ トイレ ☐ 着替え ☐ 入浴 ☐ 家事 ☐ もの忘れ ☐ その他（ _____ ） （具体的に） _____ _____		
6 認定調査にお伺いする場所はどちらですか。 ☐ 自宅 （ _____ ） ☐ 自宅以外 住所・所在地： _____ 施設名・病院名： _____ ☐ 入院中の場合（必ずご記入ください） ●病室： 館 階 号室 ●手術： 無 ・ 月 日 ●入院期間： 月 日～ 月 日		
7 認定調査時、立ち会いできる方はありますか。 立会者 ☐ 有 氏名 続柄 夫・妻・息子・娘・子の配偶者 ☐ 無 その他（ _____ ）		
8 認定調査の日程調整のためのご連絡先（自宅・携帯等）を記載ください。 <u>※必ず平日の日中に連絡が取れる電話番号をお願いします。</u> ☎ _____（氏名 _____） ☎ _____（氏名 _____）		
9 認定調査にご都合の悪い曜日、時間帯がありますか。※ご都合に沿えない場合があります 月・火・水・木・金（9:00～16:00） _____ ☐ いつでもよい		

【市確認欄】

届出人	委任確認	☐ 本人 ☐ 被保険者証 ☐ 委任状 ☐ 同一住民票内 ☐ 提出代行			
	本人確認	☐ 運転免許証（ ☐ 個人番号カード ☐ 健康保険証（後期・国保・社保） ☐ 介護保険証 ☐ その他（ ）		被保険者 個人番号 確認	☐ 個人番号カード ☐ 住民票 ☐ 住民基本台帳 ☐ 住民票記載事項証明書 ☐ その他（ ）
受付時処理事項		☐ 保険証回収（ ☐ 資格者証発行） 滞納（ ☐ 有・ ☐ 無） ☐ 2号医療保険者証写し			処理者印
意見書処理		処理日 持帰り（ ☐ 本人 ☐ 家族 ☐ ケアマネ） （ / ） その他（ ☐ 市民局持参 ☐ 郵送 ☐ BOX）			処理者印
調査依頼先		依頼日 ☐ 本庁 ☐ 一宮 ☐ 波賀 ☐ 千種 （ / ） ☐ その他（ ）			処理者印
連絡事項					