

介護保険（要介護・要支援）認定申請書

年 月 日

受付印

伊勢原市長 殿 申請区分 新規 (認定切れ 要支援の変更) 更新 変更 (理由: 状態の変化・その他)

転入 次のとおり申請します。

被 保 険 者	被保険者番号		個人番号		
	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 () -			
	※前回の認定結果 新規申請は記入不要	要支援 1 2	要介護 1 2 3 4 5		
	現在の状況	在宅・入院中・施設入所中・その他 ()			
入院・入所の 施設・所在地	施設名	電話番号 ()	-		
	住所				

●申請者の区分 本人 代理・代行人 (被保険者家族を含みます)

フリガナ 申請者氏名		被保険者との関係	
申請者住所	電話番号 () -		
提出代行者名	該当に○(地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設・代理人)	私は、左記の提出代行者に申請手続の代行を依頼しました。 被保険者氏名 (認定を受けようとしている人)	印 (本人自署の場合は、押印不要です)
連絡先	<u>連絡先が申請者でないか、または平日の日中の連絡先が異なる場合に記入してください。</u> 氏名 被保険者との関係 電話番号 (自宅・勤務先・携帯) 電話番号 () -		

主治医 *最近の本人の 身体的精神的 状態をご存じ の先生を記載 してください	医療機関名	(診療科) () 科)
	所在地	※市内の場合は記入不要 電話番号 () -
	最終診察日	平成 年 月 日

※次の欄は、40歳から64歳の方で医療保険加入者(2号被保険者)のみ記入してください。

医療保険者	医療保険被保険者証記号番号
特定疾病名	※記載又は保険者証のコピーを添付

情報提示・提供に関する同意書 *以下の欄は、内容をよくお読みの上、任意で記載してください。

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 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又は提供することに同意します。

被保険者氏名 (代筆可) _____

※訪問調査予定日 年 月 日 () : ~

後日調整必要 (家族より連絡がある予定・市から連絡) ※電話調整結果 (家族・施設等)

●家族等、調査立会い (同席) 家族 CM 他 ()

事務処理欄

担当者	受付	入力	被保険者証 の添付	資格者証 窓口交付	主治医 意見書	調査日程 入力
			有・無	有・無	持参	有・無

●受付メモ

新規申請の場合：身体状況等について
 (申請理由や希望するサービスがあれば記載)

更新申請の場合：前回申請時と比べて、 特に変化なし
 変化あり ⇒ (その内容について記載)

区分変更申請の場合：身体状況等状態の変化について

●その他、調査時に留意して欲しいことについて

●家族状況について

同居家族あり (ただし、日中独居)
 単身

●家族等、訪問調査の立会い(同席)について

ある (同席者： (被保険者との関係：))
 ない (連絡先： ())

●訪問調査の日程調整にあたり、都合の悪い曜日や時間帯について

(※デイサービス等の利用日などを記入していただいても結構です。)

	月	火	水	木	金
午前					
午後					

特にない

