

**要介護・要支援認定申請書
(新規・更新・区分変更)**

中間市長様

次のとおり申請します。

※区分変更の場合は、必ず「区分変更申請の理由」を詳しく記載してください。

申請年月日 年 月 日

なお、申請に関して、中間市が申請者の医療保険に関する情報の提供を受けるために個人番号（マイナンバー）を利用することを承諾します。

被 保 險 者 的 情 報	被保険者番号				個人番号					
	フリガナ				性別	生年月日				
	被保険者氏名									
	住所	郵便番号	〒							
	電話番号									
	前回の要介護認定の結果等	要介護・要支援区分						※「事業対象者」の方は申請時に必ず申し出てください。		
		有効期限（始期）	年 月 日			有効期限（終期）	年 月 日			
	14日以内に中間市に転入した人は記入してください	転出前の市町村名								
		転入前に認定申請中でしたか				申請日	年 月 日			
区分変更申請の理由										
過去6か月の間に医療機関や介護施設への入院・入所がありますか	有無									
	①	入院(所)先の名称								
		入院(所)期間			年 月 日	～	年 月 日			
	②	入院(所)先の名称								
		入院(所)期間			年 月 日	～	年 月 日			
	③	入院(所)先の名称								
		入院(所)期間			年 月 日	～	年 月 日			
	④	入院(所)先の名称								
		入院(所)期間			年 月 日	～	年 月 日			

～提出業代所行 ～者	種別			事業所名			
	住所	郵便番号	〒				
電話番号				担当ケアマネジャー名			

主治 医 の 情 報	主治医の有無				
	主治医の氏名				
	医療機関名				
	住所	郵便番号	〒		
電話番号					

医 情 療 報 保 險	医療保険者名				※健康保険証の廃止を定めるマイナンバー法等の一部改正に伴い、医療保険情報の記載を省略できます。 ※ただし、第2号被保険者(特定疾病に罹患している40歳以上65歳未満の人)は、医療保険証(資格確認書を含む)またはマイナンバーカードの提示が必要です。
	医療保険証記号番号				
	特定疾病名 (第2号被保険者のみ)				

日 連 程 絡 調 整 の の	フリガナ						
	連絡先氏名				被保険者との関係		
	電話番号						
	メールアドレス						

同 本 意 人	□ 同意する	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、中間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。					
------------------	--------	--	--	--	--	--	--

要介護・要支援認定申請 認定調査連絡票

フリガナ		被保険者との関係	フリガナ	
申請者氏名			ケアマネジャー名	

認定調査について	日 程	【注意事項】 ※ 更新申請の希望調査日は、申請を受け付ける日を含め、平日5日間を空けて指定してください。 ※ 認定調査は、平日の午前中に行います。 ※ 原則として、認定調査の訪問時間は指定できません。 ※ 申請書を提出した順で調査日の調整を行いますので、可能な限り第3希望まで記入してください。 ※ 希望日どおりに調査できない場合がありますのでご了承ください。			
		<input type="checkbox"/> 日にちの希望あり	第1希望 【 年 月 日 (曜日) 】		
			第2希望 【 年 月 日 (曜日) 】		
		第3希望 【 年 月 日 (曜日) 】			
		<input type="checkbox"/> 曜日の希望あり	<input type="checkbox"/> 月曜日 <input type="checkbox"/> 火曜日 <input type="checkbox"/> 水曜日 <input type="checkbox"/> 木曜日 <input type="checkbox"/> 金曜日		
		曜日の希望理由 ()			
		<input type="checkbox"/> 自宅(被保険者証に記載されている住所) <input type="checkbox"/> 病院・施設 <input type="checkbox"/> その他()			
		病院名・施設名 (病院の場合、入院している病棟(階)も記入してください)			
		郵便番号	〒	電話番号	
	住 所				
立会人	<input type="checkbox"/> あり	フリガナ	被保険者との関係	電話番号	
		①氏名			
	<input type="checkbox"/> なし	フリガナ	被保険者との関係	電話番号	
②氏名					
前日の連絡について希望する時間帯	<input type="checkbox"/> 希望なし → ※調査前日(閉庁日の場合はその直近の開庁日)の午後に、体調確認を兼ねて訪問時刻の連絡をします。				
	<input type="checkbox"/> 希望あり → ※都合が良い時間帯を①②に記入してください。				
	希望理由 ()				
	① [] ~ ② []	※8時30分から16時30分までの間で指定してください。			
訪問時の駐車場	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	世帯状況	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 夫婦のみ <input type="checkbox"/> 家族と同居		
現在の診療や体の状況	<input type="checkbox"/> ターミナル(がん末期など) <input type="checkbox"/> 透析() 現在、 <input type="checkbox"/> 訪問診療 または <input type="checkbox"/> 訪問看護を受けている				
	<input type="checkbox"/> 難聴(<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) —→ (<input type="checkbox"/> 大きな声なら大丈夫 <input type="checkbox"/> 筆談が必要 <input type="checkbox"/> 手話通訳が必要)				
配慮すべき事項	<input type="checkbox"/> 調査前後に、本人を交えず家族や立会人のみでの聞き取りを希望する				
	<input type="checkbox"/> 本人に話してほしくない内容や未告知の病気がある 病名()				
	<input type="checkbox"/> その他()				

サービスの利用について	※※ 介護保険サービスの利用の意向がない人は、申請する必要はありません。※※					
	【以下のサービスを、 <input type="checkbox"/> すでに利用している <input type="checkbox"/> 利用したいと思っている】 (該当するサービスに「 <input checked="" type="checkbox"/> 」を付けてください)					
	<input type="checkbox"/> 訪問介護(ホームヘルパー)	<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護(ショートステイ)	<input type="checkbox"/> 福祉用具のレンタル			
	<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/> 福祉用具の購入			
	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 介護保険施設その他の施設	<input type="checkbox"/> 住宅改修			
	<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> 認知症対応型生活介護(グループホーム)	<input type="checkbox"/> 紙おむつ給付			
	<input type="checkbox"/> 通所介護(デイサービス)	<input type="checkbox"/> 小規模多機能居宅介護	<input type="checkbox"/> その他の介護サービス			
	<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護	()			

市記入欄	
月 日() 時 分	
委託の有無【有・無】	
委託先【R2S・他市町村】	
その他事業所【 】	
受付者【 】	