

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

調査票 意見書 入力

小浜市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号	0 0 0 0	個人番号		
	医療 保 険	保険者名	保険者番号		
		被保険者証	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	〒917-			電話番号( ) -
	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	
		*14日以内に 他自治体から 転入した者 のみ記入	有効期限 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日	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 令和 年 月 日	
	過去6ヶ月間の 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・医療機関の名称等・所在地			期間 年 月 日～ 年 月 日
		介護保険施設・医療機関の名称等・所在地			期間 年 月 日～ 年 月 日
有・無 (いずれかに○)	介護保険施設・医療機関の名称等・所在地			期間 年 月 日～ 年 月 日	

提 出 代 行 者	名 称	該当に○( 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 )
	住 所	〒 電話番号( ) -

主 治 医	主治医の氏名	医療機関・診療科名
	所 在 地	〒 電話番号( ) -
	最終受診日	月 日 次回受診予定日 月 日

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、小浜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、小浜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

代理人氏名

本人との関係

**確認事項**

介護保険 要介護（更新）認定・要支援（更新）認定申請書に添えてご提出ください

① 被保険者氏名 \_\_\_\_\_

② 現在の所在  自宅 (住所 \_\_\_\_\_)   
※介護保険証記載の住所と異なる場合のみ記入  
 病院・施設 (名称 \_\_\_\_\_ 階 \_\_\_\_\_ 室)

③ 訪問調査日程調整の連絡先 (平日日中に連絡のつく電話番号をお願いします)

氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_  
 TEL① \_\_\_\_\_ TEL② \_\_\_\_\_

※立会者が上記の方と異なる場合→ 氏名 \_\_\_\_\_ 被保険者との関係 \_\_\_\_\_

④ 訪問調査で都合の付かない曜日・時間帯

月	火	水	木	金
：	：	：	：	：
～	～	～	～	～
：	：	：	：	：

⑤ サービスの利用 (当月の1日の利用回数を記入)

訪問介護

月	火	水	木	金	土	日

訪問看護

月	火	水	木	金	土	日

通所介護 (デイサービス・デイケア) 等

月	火	水	木	金	土	日

短期入所 (ショートステイ)

( 月 日 ～ 月 日)

福祉用具等のレンタル 有 ( ) ・ 無  
 その他のサービス 有 ( ) ・ 無  
 (オムツ券・福祉用具購入など)

⑥ 特記事項

★身体・生活・認知機能や病気の状態など	★家族状況 (同居の有無、支援状況)
★今後利用していきたい介護サービス	
★その他 (現在入院中の場合は、退院・転院の目処など)	