

介護保険認定申請書

【曾於市分】

(曾於市長 經由)

曾於地区介護保険組合 管理者へ次のとおり申請します。

		申請区分	新規・更新・変更
被 保 険 者	被保険者番号	申請年月日	平成 年 月 日
	フリガナ	生年月日	明・大・昭 年 月 日
	氏名	性別	男・女
	住所	〒 自治会名 () 電話番号	
	前回の要介護認定の結果(更新のみ)	要介護状態区分 1 2 3 4 5 要支援状態区分 1 2 有効期間 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日	
	変更申請の理由(変更申請のみ)		
現在における介護保険施設・医療機関等の入院、入所の有無	介護保険施設の名称等・所在地	期間	年 月 日 ～ 年 月 日 退所予定
	医療機関等の名称等・所在地	期間	年 月 日 ～ 年 月 日 退院予定
	有・無		

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・指定介護療養型医療施設) 事業所番号() 印	
	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

医療保険者名	医療保険被保険者証記号番号	
特定疾病名		

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成するためには必要があるときは、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曾於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、介護保険施設の関係者、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。

本人氏名 _____

介護保険要介護認定申請等に係る確認事項回答書

被保険者氏名

[問1] 今回の申請の内容が分かる方はどなたですか？

- 1 被保険者本人
- 2 提出代行者（県から介護保険の事業者指定を受けている居宅介護支援事業者や介護保険施設等）

担当者名

- 3 代理人（家族、民生委員や在宅介護支援センター等）



下記に必要事項を記載して下さい。

代理人	住 所	電話番号 ()
	氏 名	被保険者との間柄 ()

[問2] 被保険者の現在の主な生活の場はどこですか？（調査先について）

- 1 自宅(被保険者宅)
- 2 申請書記載入院・入所先
- 3 自宅以外(家族宅、施設や医療機関等)



下記に必要事項を記載して下さい。

調査先	住 所 (所在地)	電話番号 ()
	氏 名 (施設・病院名)	被保険者との間柄 ()
	入院(入所)予定先での場合	年 月 日 入院(入所)予定

[問3] 通院、通所サービス利用等、日ごろ不在で調査できない日がありますか？

	月	火	水	木	金
午 前					
午 後					

調査できない日に×をつけてください。

[問4] 調査員が、被保険者の心身の調査を行う時に家族等の立会いを希望されますか？

- 1 希望しない
- 2 希望する
- 3 都合がつけば希望する



立会者	氏 名	被保険者との間柄 ()		
	住 所			
	日中の連絡先 ☎	勤務先番号 ☎		
	携 帯 番 号 ☎	会 社 名		

注) 仕事等で日中連絡がつかない場合は、勤務先の番号又は携帯番号の記載をお願いします。

[問5] 結果の送付先について

[問6] 申請書を提出するにあたって連絡事項等がありますか？

- 1 被保険者宅
- 2 入院・入所施設
- 3 提出代行者
- 4 調査立会人
- 5 その他 ()

最近の入所・入院状況、疾病の状況等

注) 送付先について番号に○をつけてください。5その他については住所・氏名の記載をお願いします。