

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

夕張市長 様

次のとおり申請します。

申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

		申請年月日	令 和	年	月	日
申請者氏名			本人との関係			
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）					
申請者又は提出代行者住所	〒		電話番号			

被 保 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										
險 者	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							
			有効期間 年 月 日 から				年 月 日							
	※14日以内に 他自治体から転 入した者のみ記 入	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。 <u>はい</u> ・ <u>いいえ</u> （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」の場合、申請日 平成 年 月 日												
	介護保険施設、 医療機関等入 所、入院の有無	入所・入院施設名				入所・入院 期間		年 月 日 ～ 年 月 日						
	有 ・ 無	所在地 〒		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2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			医療保険者番号			記号・番号		
被保険者氏名			資格取得日	年 月 日				
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、及び主治医意見書を夕張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又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、又は市若しくは地域包括支援センターが主催する地域ケア会議の構成員に提示することに同意します。

現在の認定有効期間内に更新認定が行えるときは、延期通知を省略することに同意します。

本人氏名

訪問調査についての確認事項

現在ご本人はどちらにおられますか？					
<input type="checkbox"/> ご本人のご自宅		<input type="checkbox"/> 入院（入所）先 （                                  ）			
<input type="checkbox"/> その他 ⇨ （                                  ）					
調査時の立ち会いは必要ですか？					
<input type="checkbox"/> 不要					
<input type="checkbox"/> 必要 ⇨ <どなたが調査に立会われますか？>					
<input type="checkbox"/> 申請者					
<input type="checkbox"/> その他     ⇨					
<input type="checkbox"/>	氏名		本人との関係		
<input type="checkbox"/>	住所		電話番号		
調査日の都合の悪い曜日はありますか？					
<input type="checkbox"/> 特になし					
<input type="checkbox"/> ある ⇨					
	月	火	水	木	金
都合の悪い日に	午前	午前	午前	午前	午前
○をつけてください	午後	午後	午後	午後	午後
入院（入所）されている方にお聞きします					
退院（退所）の予定はありますか？					
<input type="checkbox"/> はい（    月    日頃）		<input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> わからない	
在宅の方にお聞きします					
(1) おおむね1ヶ月以内に病院で受診されていますか？					
<input type="checkbox"/> している（    月    日頃受診済み、次回は    月    日受診予定）					
<input type="checkbox"/> していない（    月    日受診予定）					
(2) 同居されている方はいますか？					
<input type="checkbox"/> 申請者と同居		<input type="checkbox"/> 配偶者のみと同居		<input type="checkbox"/> いない（単身）	
<input type="checkbox"/> その他 ⇨	氏名		本人との関係		
	住所		電話番号		
新しい被保険者証のお届け先はどこですか？					
<input type="checkbox"/> ご本人のご自宅		<input type="checkbox"/> 申請者	<input type="checkbox"/> 入院・入所先		
<input type="checkbox"/> サービス事業所 ⇨	事業所名				
<input type="checkbox"/> その他 ⇨	氏名		本人との関係		
	住所		電話番号		
訪問調査にあたって伝えておきたいことがありますか。					

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

夕張市長 様

次のとおり申請します。

申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

申請年月日 令和〇年〇月〇日

申請者氏名	清水沢 宮子	本人との関係	長女
提出代行者名称	該当に〇（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）		
申請者又は提出代行者住所	〒068-0534 夕張市清水沢宮前町1番地	電話番号	0123-59-6111

被 保 険 者	被保険者番号	0000123456	個人番号	123456789012
	フリガナ	ユウバリ イチロウ	生年月日	明(大)昭12年3月4日
	氏名	夕張 一郎	性別	男・女
	住所	〒068-0403 夕張市本町4丁目2番地	電話番号	0123-52-3164
	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 有効期間 平成31年 5月 1日 から 令和元年 5月 31日 ※14日以内に 他自治体から転 入した者のみ記 入 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。 はい・いいえ （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」の場合、申請日 平成 年 月 日		
	介護保険施設、医療機関等入所、入院の有無	入所・入院施設名	入所・入院期間	年 月 日 ～ 年 月 日
有・無	所在地 〒	電話番号		

主 治 医	主治医の氏名	〇 〇 〇 〇	医療機関名	〇 〇 医院
	所在地	〒 〇〇〇-〇〇〇〇	電話番号	0123-〇〇-〇〇〇〇

第2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		医療保険者番号		記号・番号	
被保険者氏名		資格取得日		年 月 日	
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、及び主治医意見書を夕張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又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、又は市若しくは地域包括支援センターが主催する地域ケア会議の構成員に提示することに同意します。

現在の認定有効期間内に更新認定が行えるときは、延期通知を省略することに同意します。

本人氏名 夕張 一郎

訪問調査についての確認事項

現在ご本人はどちらにおられますか？

ご本人のご自宅      入院（入所）先（      ）  
その他 ⇨（      ）

調査時の立ち会いが必要ですか？

不要  
必要 ⇨ <どなたが調査に立会われますか？>

申請者  
その他 ⇨

氏名		本人との関係	
住所		電話番号 (日中の連絡先)	

調査日の都合の悪い曜日はありますか？

特になし  
ある ⇨

	月	火	水	木	金
都合の悪い日に ○をつけてください	<b>午前</b> 午後	午前 午後	午前 <b>午後</b>	午前 午後	<b>午前</b> 午後

入院（入所）されている方にお聞きします

退院（退所）の予定はありますか？

はい（    月    日頃）    いいえ    わからない

在宅の方にお聞きします

(1) おおむね1ヶ月以内に病院で受診されていますか？

している（    **2月 5日頃**受診済み、次回は    **3月 3日**受診予定）  
していない（    月      日受診予定）

(2) 同居されている方はいますか？

申請者と同居    配偶者のみと同居    いない（単身）

その他 ⇨

氏名		本人との関係	
住所		電話番号	

新しい被保険者証のお届け先はどこですか？

ご本人のご自宅    申請者    入院・入所先

サービス事業所 ⇨ 事業所名      その他 ⇨

氏名		本人との関係	
住所		電話番号	

訪問調査にあたって伝えておきたいことがありますか。