

介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書

受付印

朝霞市長 宛
次のとおり申請します。

年 月 日

※申請日は、市が受理した日となります。

◎介護保険被保険者証を添付してください（40～64歳の新規申請者を除く）

被 保 険 者	被保険者番号		個人番号			
	医 療 保 険	保険者名	保険者番号			
		被保険者 記号・番号	記号	番号	枝番	
	申請区分	新規・更新・変更		変更申請 の理由 ※必ず記入		
	フリガナ 氏名					
	生年月日	明・大・昭 年 月 日	(歳)	性別	男・女	
	住 所	〒		電話番号 ()		
	介護保険施設 ・医療機関等 入院・入所の有無 (短期入所を除く)	有 ・ 無	名称	年 月 日 から 現在入院・入所中		
			所在地	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			
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。 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 年 月 日				
主 治 医	医療機関名		直近の受診日	年 月 日		
	診療科目名					
	主治医の氏名 (1名のみ記入)		※次回予約日	年 月 日		
	所在地		〒 電話番号 ()			

市 へ 書 類 を 提 出 す る 人	<input type="checkbox"/> 本人				
	<input type="checkbox"/> 代理人	フリガナ 代理人の氏名	本人との関係		
	<input type="checkbox"/> 提出代行	住 所	〒 電話番号 ()		
		※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・その他、介護医療院)事業者名称・住所等			
		電話番号 ()			

※2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、朝霞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、朝霞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、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に掲示する（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も含む。）ことに同意します。
更新申請に係る認定が有効期間内に行われる場合は、申請から30日を超えても認定延期通知を省略することに同意します。

(同意する場合は、右欄にご署名をお願いします)

本人氏名	
代筆者氏名	ご本人との関係 ()

認定調査に関する確認票

該当する箇所の□欄にチェックを入れ、記入をお願いします。

家族状況		<input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> 夫婦のみ <input type="checkbox"/> 親族と同居 <input type="checkbox"/> その他 ()			
訪問先	<input type="checkbox"/> 自宅	住所	※訪問先が本人の住民登録地と異なる場合は記入してください。(例：息子宅の場合)		
		表札	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	アパート・マンション名	
	<input type="checkbox"/> 施設・病院	施設・病院名	棟 階 号室		
		住所			
	電話番号		退院(所)予定日	年 月 日頃 退院(所)予定がある方のみ記入	

日程調整先	フリガナ		本人との関係	<input type="checkbox"/> 本人		
	氏名			<input type="checkbox"/> 親族 ()	<input type="checkbox"/> ケアマネ・施設職員等	
	電話番号 ※平日の日中に連絡を取りやすい電話番号を記入してください。	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先 (勤務先名 TEL		<input type="checkbox"/> その他 ()	留守電 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	平日に連絡を取りやすい時間帯	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> その他 (時から 時)				
	調査に都合の悪い日 (該当する箇所に“×”) ※調査は原則として、平日の日中に実施します。 ※調査時間はおよそ1時間です。		月	火	水	木
	午前					
	午後					

立会い	<input type="checkbox"/> する	立会者氏名	
	<input type="checkbox"/> しない	本人との関係	

居宅介護支援事業所または地域包括支援センターへ相談されている方は記入してください。

事業所名		担当 ケアマネジャー	
サービスの利用 (利用希望)	<input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> ホームヘルプ <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 () <input type="checkbox"/> その他 ()		

事前の伝達事項、注意事項がありましたら記入してください。

--

【市処理欄】

受付者	区分	保険証	資格者証	申請入力	入力者	意見書印刷	2号入力	調査割振	担当調査員
	新規 更新 区変	回収 未回収	窓口 郵送 未交付	/		/		/	