

# 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。

被保険者証：  
有・紛失・未

◎ 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	
		被保険者証	記号	番号	枝番
	申請区分		<b>新規・更新・変更</b>		変更申請の理由
	フリガナ		※必ず記入		
	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	
			受診予約のある方のみ記入		
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		
		住所	〒 _____ 電話番号 ( )		
<input type="checkbox"/> 提出代行	※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・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、及び主治医意見書を、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。

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	TEL				

日程調整先	フリガナ氏名		本人との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親族 (    ) <input type="checkbox"/> ケアマネ・施設職員等 <input type="checkbox"/> その他 (    )		
	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"/> その他 (    )	TEL	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	/		/		/	