

# 介護保険 要介護認定・要支援認定 (新規・更新・変更・転入) 申請書

都城市長 宛て

申請年月日 年 月 日

|     |             |   |  |  |  |  |  |
|-----|-------------|---|--|--|--|--|--|
| 申請者 | 氏名又は事業者名    | 事業所の場合は担当者名と事業所番号   |  |  |  |  |  |
|     | 認定を受ける方との関係 | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 ( ) <input type="checkbox"/> 社会保険労務士 <input type="checkbox"/> 成年後見人 <input type="checkbox"/> 提出代行者 (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・介護医療院) |  |  |  |  |  |
|     | 住所          | 〒 電話番号  |  |  |  |  |  |

次のとおり申請します。

|              |                              |   |   |      |      |      |               |       |      |  |  |
|--------------|------------------------------|---|---|------|------|------|---------------|-------|------|--|--|
| 認定を受ける方      | 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 |               |       |      |  |  |
|              | 医療保険                         | 保険者名  | <input type="checkbox"/> 宮崎県後期高齢者医療広域連合 <input type="checkbox"/> 都城市(国保加入の方) <input type="checkbox"/> その他( )  |      |      |      | 保険者番号         |       |      |  |  |
|              |                              | 被保険者証   | 記号  |      |      | 番号   |               |       | 枝番   |  |  |
|              | 主治医意見書依頼先                    | 医療機関名   |   |      |      |      | 最終受診日         | 年 月 日 |      |  |  |
|              |                              | 医師名   |   |      |      |      | 今後の受診予定       | 有・無   |      |  |  |
|              |                              | 住所  | 〒   |      |      |      | 電話番号          |       |      |  |  |
|              | 訪問調査場所                       | 住所地・その他(施設名等)   |   |      |      |      |               |       |      |  |  |
|              | 訪問調査等について                    | 施設等の所在地   | 電話番号  |      |      |      |               |       |      |  |  |
|              |                              | 立会者の有無(有・無)   | 立会者氏名( ) 続柄( ) 携帯( - - ) 連絡事項   |      |      |      |               |       |      |  |  |
|              | 現在受けているサービス及び曜日              | <input type="checkbox"/> 訪問介護・訪問看護(事業所名) 利用曜日( )<br><input type="checkbox"/> 通所介護・通所リハ(事業所名) 利用曜日( )<br><input type="checkbox"/> 施設入所(ショートステイ)(施設名) 利用期間( )<br><input type="checkbox"/> 他( ) (事業所名) 利用曜日( ) |   |      |      |      |               |       |      |  |  |
|              | 過去6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/医療機関等の名称等・所在地  |   |      |      | 期間   | 年 月 日 ~ 年 月 日 |       |      |  |  |
|              |                              | 介護保険施設/医療機関等の名称等・所在地  |   |      |      |      | 年 月 日 ~ 年 月 日 |       |      |  |  |
| 前回の要介護認定の結果等 | *要介護・要支援更新又は変更の場合のみ記入        |   | 要支援1  | 要支援2 | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3          | 要介護4  | 要介護5 |  |  |
|              |                              |   | 有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日  |      |      |      |               |       |      |  |  |
|              | 変更申請の場合申請の理由                 |   |   |      |      |      |               |       |      |  |  |
|              | *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[ ]<br>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<br>「はい」の場合、申請日 年 月 日 |      |      |      |               |       |      |  |  |

※介護保険被保険者証を添付してください。

## 第2号被保険者(40歳から64歳の方)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、都城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、都城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 \_\_\_\_\_ (代筆者氏名 \_\_\_\_\_) 続柄 \_\_\_\_\_

|     |     |     |    |       |  |   |   |
|-----|-----|-----|----|-------|--|---|---|
| 入力日 | 調査員 | 調査日 | 窓口 | 保険証   | 個人番号確認   | 本人確認  | 代理人確認   |
|     |     |     |    | 回収・紛失 | <input type="checkbox"/> 個番<br><input type="checkbox"/> その他( ) | <input type="checkbox"/> 個番 <input type="checkbox"/> 免許証<br><input type="checkbox"/> その他( ) | <input type="checkbox"/> 個番 <input type="checkbox"/> 免許証<br><input type="checkbox"/> その他( ) |