

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

柏市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号											
	医 療 保 険	保険者名						保険者番号				
		被保険者証 記号				番号			枝番			
	フリガナ							生年月日				
	氏名							性別				
	住所		〒									
			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 1 2 3 4 5					要支援状態区分 1 2			
			有効期限 から									
			※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。 （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 「はい」の場合、申請日 年 月 日								

者	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	介護保険施設の名称等・所在地	期間	年	月	日	～	年	月	日
		介護保険施設の名称等・所在地	期間	年	月	日	～	年	月	日
		医療機関等の名称等・所在地	期間	年	月	日	～	年	月	日
	有 ・ 無	医療機関等の名称等・所在地	期間	年	月	日	～	年	月	日

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・介護医療院）								
	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

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（要支援）認定の調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書を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または介護保険施設の関係人に提供することに同意するとともに、今回の要介護（要支援）認定結果を、主治医意見書を記載した医師に提供することに同意し、申請します。（なお、代行申請の場合は、本人及び後見人等の意思を確認の上、申請していることを誓約します）上記判定結果等の情報の提供に同意しないで申請する場合は、右記にレ点を入れてください。 □

（同意のない場合、ケアプランの作成等にお時間がかかる場合があります）

# 認定調査連絡票

認定調査を円滑に行うため、あらかじめ認定調査員が把握すべき事項について伺います。

\* 該当するものにチェック☑をしてください。

<input type="checkbox"/> 新規（初めての申請）		<input type="checkbox"/> 新規（支援からの区分変更）		<input type="checkbox"/> 更新	<input type="checkbox"/> 区分変更
フリガナ		性別		申請書記入者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族（ ） <input type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> その他 氏名 _____ TEL _____
氏名（本人）		男・女			
申請理由	<input type="checkbox"/> サービス利用希望 （ <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> その他） <input type="checkbox"/> 施設入所（ <input type="checkbox"/> 入所中, <input type="checkbox"/> 入所希望） <input type="checkbox"/> 主治医（看護師等）の勧め <input type="checkbox"/> サービス継続希望 <input type="checkbox"/> 介護量増加				
入院の場合	入院の理由： <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> その他の疾病（ ） 入院日： 月 日 退院予定日： 月 日 <input type="checkbox"/> 退院未定 本人の状態： <input type="checkbox"/> 安定している <input type="checkbox"/> 不安定（ICU・急性期など） 手術： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり： 月 日				
本人の心身の状況	申請に至った病名または症状				
	物忘れ	<input type="checkbox"/> 認知症による物忘れがある <input type="checkbox"/> 年相応 <input type="checkbox"/> なし			
調査を受ける場所	<input type="checkbox"/> 自宅 〒 _____ TEL _____ <input type="checkbox"/> 病院 住所 _____ <input type="checkbox"/> 施設 _____ <input type="checkbox"/> その他 名称 _____ 階 _____ 病棟 _____				
	調査員の車を駐車するスペース <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 駐車可能場所（ ）				
調査の立会者連絡先	<input type="checkbox"/> 立会希望なし ※認知症のある方は立会をお願いいたします。 <input type="checkbox"/> 立会希望あり 立会者氏名（ ） 本人との関係（ ） 日中連絡の取れる電話（ ）				
立会者「あり」の場合調査時留意点	本人に告知していない病名 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ） 本人不在で伝えたいこと <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> 調査前 <input type="checkbox"/> 調査後 ） 調査員に配慮して欲しいこと <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり [ ]				
担当ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 事業所名 _____ 氏名 _____ TEL _____				

以下、市記入欄

柏市高齢者支援課

窓口聞き取り追記欄	記入者					
調査日	<input type="checkbox"/> 市調査 / ( ) 【      】 時 分			<input type="checkbox"/> 委託調査		
受付番号	確認2	確認1	入力	受付	日常生活状況申出書	保険証
_____					有・無・持	有・無
収受印						