

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

受付印
(申請日)

我孫子市長あて 次のとおり申請します。

医療保険情報の記入または
保険証の写しの添付をお願い
します。

申請区分 *必ず <input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 新規 <input checked="" type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 区分	
被保険者番号		0 0 0 0 1 2 3 4	個人番号
医療 保険	保険者名	千葉県我孫子市	
	記号	我0	番号 12345678 枝番 1
*医療保険被保険者証(健康保険証)(写し可)の提示が必要となります。			
フリガナ	アビコ タロウ	生年月日	明・大・昭 20年 1月 1日
氏名	我孫子 太郎	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女
住所	〒270-1192 我孫子市我孫子1858番地 電話番号 04-7185-1111		
前回の要介護 認定の結果等 ※更新・区分 変更の方	要介護状態区分 <input checked="" type="radio"/> 1 2 3 4 5		要支援状態区分 1 2
	有効期間 令和 3年 10月 12日 から 令和 4年 10月 31日まで		
	※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: 令和 年 月 日	
提出代行者 該当に○	高齢者なんでも相談室(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・指定介護養型医療施設・介護医療院 名称 あびこ居宅介護支援事業所 職員名 我孫子 花子		
申請理由	現在は入院中であるが、退院後にデイケアやショートステイの利用を継続したい。		

■審査会の資料となる「主治医意見書」の作成を依頼する医療機関

医療機関名	〇〇病院	診療科: 脳神経外科
所在地	〒***-**** 電話番号 04-****-**** 〇〇市□□ △-△	医師名: □□ △△
定期受診	有 ・ 無 ・ <input checked="" type="radio"/> 入院中	受診日 前回 年 月 日 次回 年 月 日

■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

特定疾病をご記入ください。

特定疾病名	
-------	--

介護(介護予防)サービス計画を作成するために必要がある時は、要介護(要支援)認定の請求内容、認定審査会による判定・意見及び主治医意見書を、市から地域包括支援センター(高齢者なんでも相談室)に提出し、居宅介護支援事業者、介護保険施設関係者、居宅サービス事業者等若しくは主治医意見書を記載した医師又は介護事業者等に提出し、調査員に提示することに同意します。

代筆の場合のみ
記入

本人氏名 我孫子 太郎

※代筆者氏名 千葉 花子 (ケアマネ)

本人との関係

裏面あり⇒

■認定調査確認票

調査実施場所 (住所地以外の 場合に記入)	施設名等	医療機関・介護保険施設・その他 ○○病院 (5階 A病棟 512号室)			
	住所	〒***-**** ○○市□□ △-△ 電話番号 04-****-****			

●ご都合の悪い曜日がありましたら、下の表に×印をご記入ください。

	月	火	水	木	金
予定 午前		×		×	
午後					

《備考》
火・木の午前は入浴のため

日時 調整先 ・ 立ち会い	●月～金で、日中(8:30～17:00)連絡の取れる連絡先をご記入ください。		調査 立ち会い
	① 氏名	我孫子 次郎 (続柄) 次男 電話番号 090-****-****	有・無 <input checked="" type="radio"/> 有
	② 氏名	(続柄) 電話番号	有・無

●上の連絡先への電話で、都合が悪い曜日・時間帯がありましたらご記入ください。

別室での聞き取り希望 (する ・ しない)

調査員の駐車スペース 無 ・ 有 (場所)

被保険者本人の健康状態

●病名(脳梗塞、高血圧)

●本人に告知していない病名(認知症)

●入院中の方(入院時期: 令和4年9月1日 ~ 年 月 日)

□手術をした、または予定している (年 月 日) (手術部位:)

リハビリを開始している

退院は未定

□退院予定あり (年 月 日)

□転院予定あり (年 月 日) 転院先()

●その他

※特別な配慮の必要がありましたら必ずご記入ください。

* 訪問日時は、我孫子市職員又は市が調査を委託した事業者から電話連絡します。

高齢者支援課処理欄 (下欄は記入しないでください)

受付者	身元確認書類	個人番号カード	成年後見人等確認	後見人・保佐人・補助人の身分証	確認者
		介護保険被保険者証・負担割合証		登記事項証明書	
		運転免許証・健康保険証		代理行為目録(保佐人・補助人は必要)	
		その他()		その他()	
連絡事項		被保険者証	<input type="checkbox"/> 回収		