

介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書

(宛 先) 小金井市長

次のとおり申請します。なお、保険給付に係り市の公簿等を確認することを承諾します。

この申請項目は、市の電子計算組織に記録されます。

		申請年月日	年 月 日
申請者氏名		本人との関係	
申請者住所	〒 電話番号		
提出代行者 名称	該当に○(地域包括支援センター・指定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) 印		

被 保 者	被保険者番号					個人番号				
	フリガナ					生年月日	年 月 日			
	氏 名					性 別	男 ・ 女			
	住 所	〒 電話番号								
	前回の要介護 認定の結果等 * 新規申請の方 は不要です	要介護状態区分 1 2 3 4 5					要支援 1 2			
		有効期間					年 月 日 から 年 月 日			
介護保険施設 入所の有無 (短期入所を 除く)	有	入所施設名								
		所在地								
申請の理由										

主 治 医	主治医の氏名	フリガナ	医療機関名	
	所在地	〒 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

医療保険者名		医療保険被保険者証記号番号	
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、今回の認定結果、審査資料を地域包括支援センター・居宅介護支援事業者、介護サービス事業者等に提示することに同意します。 同意しません
- 今回の認定結果を、主治医意見書を作成した医師に通知することに同意します。 同意しません
- 今回の認定審査で自立・要支援1・要支援2と判定された場合、認定結果等を地域包括支援センターに通知することに同意します。 同意しません

※すべてに同意する場合は、氏名のみご記入ください。 本人・代理者 氏名

市役所 処理欄	受 付	未・済	資格 者証	未・済	意 見 書 依 頼 区 分	在 宅 ・ 施 設 新 規 ・ 継 続	調 査 依 頼 先
------------	--------	-----	----------	-----	------------------	------------------------	--------------

介護保険認定連絡票

この連絡票は、要介護認定のために使用するものです。

以下について、該当する□にレ印を入れ、必要な欄にご記入をお願いします。

なお、この連絡票に記入された項目は、電子計算組織に記録されます。

被保険者番号		被保険者氏名	
1 主治医の受診	最終診察日 年 月 日 ・ 次回受診予定日 年 月 日 ・ 入院中		
2 主な病名			
3 調査に伺う 場所 (本人が 居る所)	<input type="checkbox"/> 自宅 (住所と同じ)		
	<input type="checkbox"/> 施設や 病院	施設等の名称	
		施設等の所在地 ・ 電話番号	電話番号
		入院・入所日等	年 月 日から (病棟等)
	退院・退所予定	予定なし ・ 予定あり (年 月 日 頃)	
<input type="checkbox"/> それ以外	訪問先の名前		
	住所・電話番号	電話番号	
4 家族の状況	<input type="checkbox"/> 本人のみ <input type="checkbox"/> 家族と同居		
5 認定調査の 日程等の連 絡先	<input type="checkbox"/> 本人	日中に連絡の つく電話番号	
	<input type="checkbox"/> 本人以外	フリガナ	本人と の関係
		氏 名	
		日中に連絡の つく電話番号	
6 調査の同席	<input type="checkbox"/> 同席あり (同席者の名前 本人との関係 ())		
	<input type="checkbox"/> 同席なし		
7 調査の際に 配慮してほ しいことや 調査員に事 前に伝えたいこと	(※筆談や手話通訳が必要な場合、また現在治療中の病気のことなど、 事前に調査員に伝えたいことがあれば、具体的に記入してください。)		

市役所記入欄 (※以下は記入しないでください)

----- ----- -----
