

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

牛久市長 様  
次のとおり申請します。

										申請区分	窓口申請・郵送申請									
被 保 険 者	介護保険者番号										申請年月日	年 月 日								
	個人番号										生年月日	年 月 日								
	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										性 別					男 ・ 女				
	氏 名																			
	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				
						有効期間					年 月 日から					年 月 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 年 月 日														
過去6月間の介護保険施設・医療機関等入院入所の有無					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歳までの医療保険加入者）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・要支援認定に係る調査内容、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牛久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。

本人氏名

※裏面も記入してください。

申請にあたってのお願い

申請を受けてから、ご本人の状態を確認するため、介護認定調査員が訪問に伺います。  
 その際介護者がいる場合その方にもお聞きすることがありますので、同席をお願いします。  
 (この訪問が済みませんと、認定を受けるための審査、判定ができません。)

1 訪問日時を調整させていただくために、連絡をする際、申請書の電話番号以外に、連絡先があればご記入ください。

連 絡	フリガナ		本人との関係	
	氏名			
先 等	電話・FAX		自宅・携帯電話・勤務先	
	立会いの有無	有・無 (有の場合の立会い者氏名: )		
	注意してほしいこと・ 訪問調査で都合のつかない日程等			

2 現在受けているサービスにチェックをして、( )に事業所名・施設名をご記入ください。

<input type="checkbox"/> 訪問介護( )	<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護( )
<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護( )	<input type="checkbox"/> 特定施設入所者生活介護( )
<input type="checkbox"/> 訪問看護( )	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設( )
<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ( )	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設( )
<input type="checkbox"/> 通所介護( )	<input type="checkbox"/> 介護医療院等( )
<input type="checkbox"/> 通所リハビリ( )	<input type="checkbox"/> 介護保険施設以外の施設 (3にご記入ください)

3 介護保険施設以外の施設に入所・入院されている方は、ご記入ください。

施設名			
施設住所		電話番号	

**【高齢福祉課記入欄】**

\*調査日程確認 自宅・施設・病院 ( / ) 立会い確認 あり・なし ( / )

- |         |           |        |
|---------|-----------|--------|
| ・ 居宅の状況 | ・ サービスの希望 | ・ 病状   |
| ・ 歩行    | ・ 排泄      | ・ 認知症状 |
| ・ 申請理由  | ・ 食事      |        |