

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

魚沼市長 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		個人番号		
	医療 保険	保険者名	保険者番号		
		記号	番号	枝番	
	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			
	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 ~ 年 月 日
		※14日以内に他 自治体から転入 した者のみ記入	転出元自治体名(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	

申請者		被保険者との関係	
申請者住所	〒 電話番号		
提出代行者	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・介護医療院) 〒 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		

2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	
-------	--

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成する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を魚沼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又は介護保険施設の関係人、主治医意見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

介護相談受付票

(介護保険申請書の裏面)

該当するものにチェック☑または、○を付けてください。

令和 年 月 日

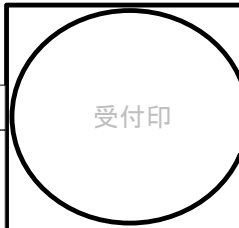
フリガナ				家族構成	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし
対象者氏名 (介護を必要とする人)					<input type="checkbox"/> 世帯員あり (☐日中はひとり)
ご家族 連絡先	フリガナ			対象者との続柄	<input type="checkbox"/> 家族()
	氏名				<input type="checkbox"/> 代理人
	連絡先住所	<input type="checkbox"/> 介護認定申請書と同様(下に住所の記入は不要です)			
	電話番号	① - - 自宅・携帯・その他() ②上記で連絡が見つからない場合 - - 連絡先() ※認定調査員等が連絡します。調査員個人の電話(携帯等)から連絡する場合があります。			
認定調査 実施場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 病院名: [病棟・階] 退院予定(月 日)・未定 <input type="checkbox"/> 施設 施設名: <input type="checkbox"/> その他(市外等 所在する場所:)				
相談内容	<input type="checkbox"/> 介護が必要になった・サービス利用について相談したい <input type="checkbox"/> デイサービス・ヘルパーサービスを利用したい <input type="checkbox"/> 住宅改修・福祉用具(手すり・歩行者・ベッド等)・訪問看護・短期入所を利用したい(希望するものに○) <input type="checkbox"/> 医療機関からのすすめ(原因となる病名などありましたら以下に記載してください) サービスを使用したい理由、相談したい心配事や困り事、病名や症状などを具体的にご記入ください ()				
以下について、番号に○印又は記入をしてください。					
1 歩行について	1. できる 2. 杖などつかまって歩行 3. 介助が必要 4. できない				
2 洗身(入浴)について	1. できる 2. 見守りや一部介助が必要 3. 自力でできない				
3 排泄行為について	1. できる 2. 見守りや一部介助が必要 3. 自力でできない				
4 薬の管理について	1. できる 2. できない()				
5 ひどい物忘れについて	1. ない 2. ある(症状:)				
6 日中の生活	1. よく動いている 2. 座っていることが多い 3. 横になっていることが多い				
現在使っているサービスについて記入してください。医療訪問看護、生きがいデイサービスなど					職員記載: 生きデイ利用
()					

マイナンバーを利用した健康保険証の情報照会への同意(表面のマイナンバー記載が必要です)

申請書共通チェックリスト様式

担当部署名: 市民福祉部 介護福祉課 問い合わせ先: 025-792-9755

調査員から連絡があった場合の折り返し専用番号: 025-792-1255

申請等の名称	介護保険「要介護認定・要支援認定」申請書	受付者	
申請者	住所: 氏名:		

	書類の名前	省略	省略できる条件	受付 窓口	担当課
1	申請書本体	不可		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	主治医意見書作成事前調査票	可	原則全員提出。 主治医が小出病院(入院中の者を除く)、ふくじゅクリニック、堀之内医療センター、守門診療所、庭山医院、中島脳外科内科医院の場合は必須。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	介護保険被保険者証	可	被保険者証を紛失した場合	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	加入医療保険資格情報がわかる書類の写し (40歳から64歳までの方のみ)	可	マイナンバーを利用した保険者への照会に同意をいただける場合は省略可能	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>