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

美唄市長 様
次のとおり申請します。

課長	補佐	係長	係	調査

申請年月日 年 月 日

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	
	被保険者証	記号	番号 枝番
被 保 者	フリガナ	生年月日	明・大・昭 年 月 日
	氏名	性別	男 ・ 女 (歳)
保 険 者	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 * 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。 はい・いいえ 「はい」の場合、申請日 年 月 日	
有 ・ 無	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	介護保険施設等の名称等・所在地 年 月 日 ~ 年 月 日	
	有・無	介護保険施設等の名称等・所在地 年 月 日 ~ 年 月 日	
		医療機関等の名称等・所在地 年 月 日 ~ 年 月 日	
		医療機関等の名称等・所在地 年 月 日 ~ 年 月 日	

申請者氏名	本人との続柄
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・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)

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、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、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、美唄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

※送付先 変更 ☐ 有 ・ ☐ 無	介護保険料	特徴・普徴
	納付状況	滞納 有・無
	被保険者証回収	(年 期迄完納)
	資格者証交付	有 ・ 無
		有 ・ 無

認定調査連絡票

認定調査を早く、正確に行うためのものです。
わからないところは、空欄で構いません。

被保険者 氏名

訪問調査の日時	<p>・都合の悪い日 () ・都合の悪い時間帯 ()</p> <p>・定期的に都合の悪い曜日があれば○をしてください 月・火・水・木・金</p> <p>・現在利用しているサービス ☐ デイサービス ☐ その他 () ☐ 訪問看護</p>
調査員の駐車スペース	☐ ある ☐ ない
ペットの有無	☐ 犬 ☐ 猫 ☐ 鳥 ☐ その他()
世帯構成	☐ 一人暮らし ☐ 夫婦のみの世帯 ☐ 家族同居 (人暮らし)
訪問調査の連絡先	☐ 本人 → ☐ 人の声が聞き取りにくい ☐ 電話に出るまで時間がかかる ☐ 本人以外 → 氏名() 関係() 電話()
受診日	<p>前回受診日: 年 月 日</p> <p>次回受診日: 年 月 日</p>
調査時の同席希望	☐ ある → ☐ 連絡先と同じ ☐ 連絡先以外 同席者() 関係() 連絡先(Tel) ☐ ない
調査時の確認事項	☐ ある → ☐ 調査後の家族(同席者等)への聞き取り希望 ☐ 本人に話してほしくないことがある ☐ 本人未告知の病気がある ☐ その他() ☐ ない
困っていることがあれば 記載してください ※自由記載欄	

※区分変更申請のみ、記入願います。

身体状況について	☐ 良くなった ☐ 悪くなった → 申請の理由となる病気・けが ☐ ある ☐ ない
物忘れ・理解力について	☐ 良くなった ☐ 悪くなった

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

美唄市長 様
次のとおり申請します。

課長	補佐	係長	係	調査

申請年月日 年 月 日

介護保険被保険者番号	0	0	0	0	0	1	2	3	4	5	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	
医療 保険	保険者名	美唄市国保									保険者番号	00010157												
	被保険者証	記号	美唄									番号	1234567						枝番	12				
被 保 者	フリガナ	ヒバイ タロウ									生年月日	明・大・昭 3年4月5日												
	氏名	美唄 太郎									性別	男・女(94歳)												
保 険 者	住所	〒 072-8660 美唄市西3条南1丁目1番1号 電話番号 0126-63-0461																						
	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											
者	過去の6月間の 介護保険施設・ 医療機関等への 入院、入所の有無	有効期間 年 月 日 から 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(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																					
	有・無	介護保険施設等の名称等・所在地										年 月 日 ~ 年 月 日												
		医療機関等の名称等・所在地										年 月 日 ~ 年 月 日												
		医療機関等の名称等・所在地										令和4年3月20日~令和4年3月29日												
		▲▲▲×病院																						

申請者氏名	介護 花子										本人との続柄	ケアマネージャー											
申請者住所	〒 072-9999 美唄市東●条南●丁目▲番■号 電話番号 0126-6▲-××××																						
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)																						

主治医	主治医の氏名	空知 花子										医療機関名	▲▲▲×病院										
	所在地	〒 072-0000 美唄市▲●条▲●丁目●●番●● 電話番号 0126-60-0000																					

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、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、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、美唄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 美唄 太郎

※送付先 変更 ☐ 有・ ☒ 無	介護保険料	特徴・普徴	
	納付状況	(年 期迄完納)	
	被保険者証回収	有・無	
	資格者証交付	有・無	
□面会制限のため自動延長(申請者確認済)			