

※介護保険被保険者証を添えて申請してください。

介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書
要介護更新認定・要支援更新認定

(宛先) 流山市長 様

次のとおり申請します。 申請年月日 令和 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											
		被保険者証	記 号										番 号						枝 番					
	フリガナ												性 別											
	氏 名												生年月日		明・大・昭				年		月		日	
	住 所		〒										電 話 番 号											
	認定結果通知の送付先 ※上記の住所とは別の場所に 送付を希望する場合			〒		住所		氏 名				電 話 番 号												
	主治医		主治医の 氏名							医療機関名														
			医療機関 所在地	〒										電 話 番 号										
	現在の認定等 ※更新申請の場 合のみ記入		(いずれかを○で囲む) 要介護状態区分 1 2 3 4 5 / 要支援1 要支援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。 はい ・ いいえ （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」の場合、申請日 年 月 日																					
過去6か月間 の介護保険施 設・医療機関 等の入院入所 の有無（短期入 所を除く。）		左記で有の場合は、下欄に入院・入所の経過を記入してください。																						
		名 称								入院等		年 月 日												
		所在地								期 間		～ 年 月 日												
		※病院に入院中の場合は、分かる範囲で 右欄に記入してください。						【①病室】		階		病棟		号										
有 ・ 無								【②退院予定日】				月		日										

※申請される被保険者が40歳から64歳までの場合（第2号被保険者）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、流山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、申請します。（なお、代行申請の場合は、本人及び後見人等の意思を確認の上、申請していることを誓約します）
上記判定結果等の情報の提供に同意しないで申請する場合は、右記にレ点を入れてください。□
（同意のない場合、ケアプランの作成等にお時間がかかる場合があります。）

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・指定介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設・介護療養型医療施設）																	
	住 所	〒 電 話 番 号																	

介護支援課処理欄（下欄には記入しないでください） 申請者 □本人 □本人の代理人（ ）

資格証	委任状	市 調 査 員			番 号 認 証	個人番号カード		個人番号カード		代 理 権 の 確 認	委任状	
		予定日時	調査員	施設等連絡		住民票の写し		介護保険被保険者証			介護保険被保険者証	
						その他類する書類		介護保険負担割合証			介護保険負担割合証	
意見書	調査票					行政システム ()		運転免許証			健康保険証	
								健康保険証			戸籍謄本	
							その他()				その他()	

訪問調査についておたずねします。

被保険者（本人）氏名

申請理由	●申請に至った理由を☒してください。（複数選択可） ☐介護サービスを検討（☐訪問介護・看護 ☐デイサービス ☐デイケア ☐住宅改修 ☐福祉用具） ☐施設入所希望（☐入所中 ☐入所検討）☐主治医（看護師等）の勧め ☐サービス継続希望 ☐その他（なお、<u>要支援からの変更申請</u>の方は下記に申請理由詳細をご記入ください）（ ）																			
日程調整連絡先	●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。 ①氏名_____続柄（ ） ②氏名_____続柄（ ） 電話番号_____電話番号_____ ※電話連絡の都合が悪い日・曜日があればご記入ください。（ ）																			
調査日程	●訪問にあたり、<u>ご都合の悪い曜日に×とご都合の悪い時間</u>をご記入ください。 <table border="1"><thead><tr><th>月</th><th>火</th><th>水</th><th>木</th><th>金</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>： ～ ：</td><td>： ～ ：</td><td>： ～ ：</td><td>： ～ ：</td><td>： ～ ：</td></tr></tbody></table>					月	火	水	木	金						： ～ ：	： ～ ：	： ～ ：	： ～ ：	： ～ ：
月	火	水	木	金																
： ～ ：	： ～ ：	： ～ ：	： ～ ：	： ～ ：																
主治医の医療機関受診日		前回受診日	令和 年 月 日	☐ 不明																
		次回受診予定日	令和 年 月 日	☐ 未定																
調査実施場所	●調査場所に☒してください。 ☐自宅 [駐車場 ☐有（具体的な駐車場所：_____） ☐無（近隣のパーキング等：_____）] ☐病院 ※転院・退院の有無 ☐無 ☐有（ 月 日頃 その後の所在場所_____・☐未定 ） ☐その他 [名称 _____ 住所 _____ 電話番号 _____]																			
同席者	●同席者の有無に☒してください。※認知症のある方はなるべく同席をお願いいたします。 ☐有 [同席者名 _____ 続柄（ ） 電話番号 _____] ※別室での聞き取りを希望（☐する ☐しない ）。 ☐無																			
ケアマネジャー	●担当ケアマネジャーの有無に☒してください。 ※表面「提出代行者」と同一の場合、 担当者名のみ記入してください。 ☐有 [事業所名 _____ 担当者名 _____ 電話番号 _____] ☐無 ☐不明																			
調査時に配慮等必要なことがあればご記入ください。																				