

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

藤枝市長 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												生年月日		年 月 日										
	氏 名												性 別		男 ・ 女										
	住 所		藤枝市 (マンション名・室番号等) 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 令和 年 月 日 ~ 令和 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																				
	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										期間		年 月 日		～		年 月 日				
介護保険施設等の名称等・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							
		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・介護医療院) 被保険者との関係																							
	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藤枝市から地域包括支援センター・居宅介護（予防）支援事業者又は介護保険施設の関係人に提供することに同意します。
認定結果について主治医意見書を記載した医師に提供すること、又は介護予防給付対象者と認定された場合は、地域包括支援センターに提供すること、有効期間内に要介護認定・要支援認定を行うことができる場合は、延期通知を省略することに同意します。

本人氏名(署名) 代筆者

裏面の記入をお願いします。⇒

市 処 理 欄	被保険者証回収	済・未	<input type="checkbox"/> 本人確認	受付	入力	納付	調査	日程 調査員	月 日 () 時 分			
	資格者証交付	済・未	<input type="checkbox"/> 調査急ぎ									
	問診表回収	有・無	<input type="checkbox"/> 受診日確認									
	交通事故	有・無	<input type="checkbox"/>									

要介護認定のために、認定調査員がご自宅等を訪問し、心身の状況などを伺いますのでよろしくお願いします。

訪問調査日程調整の連絡先 * 平日の日中に連絡が取れるところを記入してください。

<input type="checkbox"/> 被保険者ご本人	氏名	被保険者との関係 ()				
<input type="checkbox"/> 提出代行者(表面)	住所					
<input type="checkbox"/> その他(右欄に記入) ➡	電話番号	優先① ()	-	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 携帯	<input type="checkbox"/> 職場
		優先② ()	-	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 携帯	<input type="checkbox"/> 職場

訪問調査当日の立会い者 (調査対象者の日頃の状況を把握している方にお願いします。)

<input type="checkbox"/> 上記日程調整者と同じ	氏名	被保険者との関係 ()				
<input type="checkbox"/> その他(右欄に記入) ➡	住所					
<input type="checkbox"/> 立合い者なし	電話番号	()	-	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 携帯	<input type="checkbox"/> 職場

訪問調査で、都合の良い曜日・時間帯や悪い曜日・時間帯の指定がありますか。(訪問調査は平日のみ)

<input type="checkbox"/> はい(○または×を記入) ➡		月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
	午前					
	午後					

☐いいえ

認定調査の訪問先

<input type="checkbox"/> 表面の住所(住民登録地)
<input type="checkbox"/> 表面の「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」に記載の場所 (段目)
調査先 棟 階 号室 退院(所)予定日 令和 年 月 日 (頃)
<input type="checkbox"/> その他 ()

訪問調査員(軽自動車)の駐車スペースの確保について

<input type="checkbox"/> 自宅	自宅から離れた場所等の場合、位置図を記入してください。
<input type="checkbox"/> 入所・入院先の駐車場	
<input type="checkbox"/> その他(右欄に記入) ➡	

☐ 調査を特に急ぐ必要のある「がん患者」の方

主治医について

申請者の方から、介護認定申請前に主治医に意見書を書いてもらえるかご確認ください。
申請書記載のため、主治医のフルネーム・お薬手帳などご準備ください。
申請を受け付けた後、ご記入の主治医に対して市の依頼により審査に必要な意見書の提出を求めます。
最近2か月の間に受診されていない場合は、お早目の受診にご協力をお願いします。また、病院や施設などに入院・入所中の方は、入院・入所先の医師を主治医とすることをお勧めします。