

調査員名	
調査日時	月 日 時 分
収 納	完 ・ 滞

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 ]

八幡浜市長 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 被保険者証	保 険 者 名											保 険 者 番 号																					
保 険 者	フリガナ	記 号											番 号											枝 番										
	氏 名											生 年 月 日											年 月 日 ( 歳 )											
険 者	住 所	〒 - 電話番号 ( ) -										八幡浜市										行政区 ( )												
	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												
	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・医療機関の名称等・所在地										期 間										年 月 日 ~ 年 月 日												
	有・無											年 月 日 ~ 年 月 日										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・居宅介護支援事業所・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 ( ) -																			

認定結果通知書送付先住所 ※被保険者住所以外に送付希望の場合にのみ記入	〒 - 電話番号 ( ) -	(住所)	(宛名)	(本人との関係)
--	----------------	------	------	----------

主 治 医	主治医の氏名											医 療 機 関 名										
	住 所	〒 - 電話番号 ( ) -																				

2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、八幡浜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。

被 保 険 者 署 名

代 筆 者 氏 名

(続柄)

《被保険者番号》 \_\_\_\_\_

《被保険者氏名》 記号 \_\_\_\_\_

《記入者氏名》 \_\_\_\_\_

<p>本人の所在 (入所施設)</p>	<p>《施設名》 _____</p> <p>《住所》 〒 _____</p> <p>《電話番号》 ( ) _____</p> <p>《入所年月日》 _____ 年 月 日</p>
<p>調査時の 同席の有無 (家族)</p>	<p><input type="checkbox"/> 同席なし</p> <p><input type="checkbox"/> 次の者が同席します</p> <p>《フリガナ》 _____ 《続柄》 _____</p> <p>※同席者への都合の確認、調査日時の連絡は施設側で行ってください。</p>
<p>調査日時に ついて</p>	<p><input type="checkbox"/> いつでも良い（特に希望日はありません）</p> <p><input type="checkbox"/> 次の日時は都合が悪い <input type="checkbox"/> 次の日時は都合が良い</p> <p>[ _____ ] [ _____ ]</p> <p>※連絡事項があれば記入してください。</p> <p>[ _____ ]</p>
<p>退所予定の 有 無</p>	<p><input type="checkbox"/> なし</p> <p><input type="checkbox"/> あり [ _____ ]</p>
<p>その他 特記事項</p>	<p>※調査時に留意すること、その他連絡事項があれば記入して下さい。</p> <p>※介護保険以外のサービス（医療系サービスの利用等）</p> <p>有 無</p> <p>事業所名</p>

市 受 付 者

郵便で受付  窓口で受付  その他 [ \_\_\_\_\_ ]