

※米子市記入欄

調査日	入力	担当調査員	入力
月 日 ( ) : ~	□	□申請代行者 □委託( ) □米子市( )	□

## 介護保険 要介護・要支援認定 申請書

〈表面〉

米子市長様

※該当するものに○を付けてください。

次のとおり申請します。

申請年月日	年	月	日	新規	更新	変更		
介護保険被保険者番号				個人番号				
医療保険	<input type="checkbox"/> 鳥取県後期高齢者医療広域連合			保険者番号	39312020	番号		
	<input type="checkbox"/> 米子市国保		保険者番号	310029	記号	米	番号	枝番
	<input type="checkbox"/> その他( )			保険者番号		記号	番号	
フリガナ				生年月日	大・昭 年 月 日			
氏名				性別	男・女			
住所(住民票上)				〒 電話番号:				
被保険者	前回の要介護認定の結果等	状態区分	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5					
		有効期間	年 月 日 から 年 月 日					
変更申請の理由 ※変更時のみ記入		悪化・改善 ※どちらかに○印をつけ、下記にその状態や理由を具体的にご記入ください。						

申請代行者	被保険者との関係(該当にチェック)	<input type="checkbox"/> 親族(続柄: ) <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 入所(居)中の施設 <input type="checkbox"/> 入院中の医療機関 <input type="checkbox"/> その他( )		
	氏名または名称	(担当者名: )		
	住所	〒 電話番号:		

主治医	医師氏名	医療機関名	
	診療科	科	最終受診日 ※直近3カ月 年 月 日 頃
	所在地	〒 電話番号:	

●第2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入してください。※医療保険被保険者証の写しを添付

特定疾病名	
-------	--

本人同意欄	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米子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。		
	更新申請において、現在の認定有効期間内に認定を行うことができる場合は、申請日から30日を超える認定までの処理見込期間とその理由の通知(延期通知)を省略することに同意します。		
	本人氏名 ※自署	代筆者 氏名	本人と の関係

※裏面もご記入ください。

# 要介護認定調査連絡票

〈裏面〉

日程調整のため、下記の「在宅の方」「施設入所(居)中の方」「入院中の方」のいずれかにチェックを入れて、それぞれの該当欄に必要事項を記入してください。

※入院中または入所(居)中の場合の同席については、病院または施設に直接お問い合わせください。

被保険者 番号		被保険者 氏名																			
□ 在宅 の方	日程調整 の連絡先	<p>下記のいずれかの方1名のみ連絡をします。</p> <input type="checkbox"/> 被保険者本人に連絡 <input type="checkbox"/> 被保険者本人以外の方に連絡(本人との関係: 同居・県内別居・県外別居) <small>ふりがな</small> 氏名:( ) TEL:( ) 連絡が取れる時間帯 ※平日8:30~17:00の間:( ) ※申請順に連絡しますので、連絡が取れない場合は、次の連絡が遅れる場合があります。																			
	同席者に ついて	<p>同席は被保険者本人の日頃の状況を把握している方をお願いします。</p> <input type="checkbox"/> 同席者なし <input type="checkbox"/> 被保険者本人以外の日程調整者と同じ <input type="checkbox"/> その他 氏名:( ) 本人との関係:( )																			
	調査場所 について	<input type="checkbox"/> 住民票住所と同じ ※駐車場はありますか? はい・いいえ <input type="checkbox"/> その他 氏名または名称:( ) 所在地:( ) TEL:( )																			
□ 施設 入所 (居) 中 の方	日程調整連 絡先・場所 について	施設名:( ) 担当職員名:( ) 所在地:( ) 連絡先TEL:( ) 入所(居)期間: 年 月 日から 年 月 日頃 退所(居)・未定																			
□ 入 院 中 の 方	日程調整連 絡先・場所 について	医療機関名:( ) 担当職員名:( ) 所在地:( ) 連絡先TEL:( ) 入院病棟:( 病棟 )																			
	入院状況 について	入院目的: <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> その他( ) 入院期間: 年 月 日から 年 月 日頃 退院・未定 ※介護認定の申請について入院先医療機関に連絡をしてください。																			
調査日程に ついて	<p>平日9:00~15:30の間に訪問いたします。(所要時間30~40分)</p> <p>※都合の良い曜日・時間帯に○、都合の悪い曜日・時間帯に×をつけてください。</p> <input type="checkbox"/> 希望あり → <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td></td> <td>月曜日</td> <td>火曜日</td> <td>水曜日</td> <td>木曜日</td> <td>金曜日</td> </tr> <tr> <td>午前</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>午後</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	午前						午後					
	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日																
午前																					
午後																					
利用中(予定) のサービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 福祉用具の貸与・購入 <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 介護保険施設等の入所(居) <input type="checkbox"/> その他( )																				
申請理由 (新規・更新のみ 記入してください)	<input type="checkbox"/> 介護保険サービスを利用したい <input type="checkbox"/> 主治医よりすすめられた <input type="checkbox"/> その他( )																				
その他	※認定調査に関して伝えておきたいことがあれば記入してください。 (早めの調査希望の場合は、その理由もご記入ください。)																				

※記入漏れがないか再度ご確認ください。記入漏れがあると調査が遅れる場合があります。  
 ※表面もご記入ください。