

※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() □

米子市長様

次のとおり申請します。

		申請年月日		年 月 日		新規		更新		変更										
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 (該当に チェックを してください)	□ 鳥取県後期高齢者医療広域連合			保険者番号		39312020		番号										
			□ 米子市国保		保険者番号		310029		記号		米		番号				枝番			
			□ 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:															
	前回の要介護認定の結果等		状態区分		□なし □要支援1 □要支援2 □要介護1 □要介護2 □要介護3 □要介護4 □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)	□ 親族 (続柄:) □ 地域包括支援センター □ 指定居宅介護支援事業者 □ 入所(居)中の施設 □ 入院中の医療機関 □ 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。		
	米子市介護情報共有サービスへの認定情報等の掲載に同意します。		
	※(本人氏名を代筆した場合)本人の同意に基づき、代筆します。		
	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。

〈裏面〉

※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。

利用中(予定)のサービス	☐ 訪問介護 ☐ 通所介護 ☐ 福祉用具の貸与・購入 ☐ 住宅改修 ☐ 訪問看護 ☐ 介護保険施設等の入所(居) ☐ その他()
申請理由 (新規・更新のみ記入してください)	☐ 介護保険サービスを利用したい ☐ 主治医よりすすめられた ☐ 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。同席者の有無、調査後の聞き取りを希望される場合も連絡先等をご記入ください。(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。記入漏れがありますと調査が遅れる場合があります。
※表面もご記入ください。