

(表)

介護保険要介護・要支援認定申請書（新規・更新・区分変更）

(宛先) 佐倉市長

次のとおり申請します。

※ 被保険者本人が申請する場合、申請者欄は、記入不要		申請年月日	令和	年	月	日
申請者 (提出代行者)	(フリガナ) 氏名 (事業者名)	被保険者から見た続柄				
	住所	〒 電話番号 ( )				

被 保 険 者 (介護認定を受ける方)	被保険者番号						個人番号						
	医療保険	保険者名						保険者番号					
		記号						番号	枝番				
	フリガナ						生年月日	明・大・昭	年	月	日		
	氏名						性別	男・女					
		住所 ※住民票の住所を記入	〒 電話番号 ( )										
	現在の認定の結果 ※更新・区分変更の場合のみ記入	要支援	1	2	要介護	1	2	3	4	5			
		有効期間	年		月	日	から	年	月	日	まで		
区分変更申請の理由													

調査の場所 現在、被保険者が居住している場所で調査を行います。	<input type="checkbox"/> 上記の被保険者の住所地に在住 <input type="checkbox"/> その他（実際の居住地を下欄に記入してください。）																				
	〒 電話番号 ( )  病院、施設等の名称 <table style="float: right; margin-left: 20px;"> <tr> <td>病棟</td> <td>階</td> <td>室</td> </tr> <tr> <td>入院日(入居日)</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日</td> </tr> <tr> <td>退院予定日</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日</td> </tr> </table>											病棟	階	室	入院日(入居日)	年	月	日	退院予定日	年	月
病棟	階	室																			
入院日(入居日)	年	月	日																		
退院予定日	年	月	日																		
調査時の同席者	<input type="checkbox"/> 同席なし <input type="checkbox"/> 同席あり（下欄に同席者を記入してください。）																				
	(フリガナ) 氏名	続柄				電話番号				( )											
日中の連絡先 ※日中につながる電話番号を記入してください。	（上記「調査時の同席者」と同じ場合、この欄は、記入不要です。） (フリガナ) 氏名 続柄 電話番号 ( )																				

※主治医欄は、医療機関に記入してもらう必要は、ありません。本人又は家族が記入してください。なお、申請後に市から主治医へ意見書作成の依頼をしますので、作成していただけるよう事前に確認されることをお勧めします。

主治医	フリガナ						医療機関名					
	主治医氏名 ※複数いる場合は、主な一人を記入						診療科目名					
	所在地	〒 電話番号 ( )										
	最終診療年月日	年		月	日	初診・再診	▼下の欄は記入しないでください▼					

裏面あり

受付者	問診票	保険証	調査日時	調査員	調査場所	申請入力	調査割当	意見書依頼	保険料
	有・無 入院・入所	預 無	/ ( )				E P	/	

(裏)

調査員への連絡事項

※訪問調査を希望する曜日（土・日を除く）、訪問調査日程のお電話を希望される時間帯、その他調査前に伝えておきたいことなどがありましたら、ご記入ください。

情報提供及び情報取得についての同意の確認（個人情報、目的外には使用することはありません。）

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、佐倉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、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。

主治医意見書を記載した医師から、「このかたの認定結果がわかったら教えてください」と佐倉市に依頼があった場合、認定結果を伝えることに同意します。

また、申請にあたり、必要に応じて私の医療保険者番号等の情報を、市が調査することに同意します。

同意者 被保険者氏名 \_\_\_\_\_

(代筆の場合) 代筆者氏名 \_\_\_\_\_ 被保険者から見た続柄 \_\_\_\_\_

※ 代筆される場合には、被保険者氏名も記入してください。

この欄は、被保険者が40歳から64歳までの方のみ記入してください。

(被保険者が40歳から64歳までの方の場合は、申請時に健康保険証のコピーをつけてください。)

65歳以上の方は、必要ありません。)

特定疾病名	
-------	--

※特定疾病名の欄には、以下の疾病名のいずれかをご記入ください

1 がん(医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したもの)	9 脊柱管狭窄症
2 関節リウマチ	10 早老症
3 筋萎縮性側索硬化症	11 多系統萎縮症
4 後縦靭帯骨化症	12 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症
5 骨折を伴う骨粗鬆症	13 脳血管疾患
6 初老期における認知症	14 閉塞性動脈硬化症
7 進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病	15 慢性閉塞性肺疾患
8 脊髄小脳変性症	16 両側の膝関節又は両側の股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

確認者	国保確認	番号確認	身元確認	代理者	代理身元
	健保	番号	運免・障手	戸籍・証明	番号
AD	通知	介保・健保	委任・介保	運免	
その他 ( )	住民票	負割・後保	その他 ( )	居専	
	住・P・A	その他 ( )		その他 ( )	