

介護保険 [ 要介護認定・要支援認定 申請書  
新規・更新・区分変更・転入 ]

千葉県佐倉市長 様  
次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被 保 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 記号・番号	記号	番号					枝番				
	フリガナ		生年月日										
	氏 名		性 別										
	住 所		〒  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  有効期限 から									
			※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 年 月 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					
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）									
	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用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、主治医意見書、千葉県佐倉市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、千葉県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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する（地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。）ことに同意します。

（本人氏名： ）

1. 基本情報 【被保険者氏名： \_\_\_\_\_】

記入者	(フリガナ) 氏名	続柄
	住所	〒
	電話番号	
世帯状況	独居 ・ 夫婦のみ ・ 親族と同居 ・ その他 ( _____ )	

2. 訪問調査について

調査場所 (現在、 対象者が居住 している場 所)	<input type="checkbox"/> 住民票の住所地と同じ	
	<input type="checkbox"/> その他 (病院・施設・親族宅・他)	
	住所	〒
	病院・施設名	
	電話番号	病棟・階
調査時の 同席者	<input type="checkbox"/> 同席なし	
	<input type="checkbox"/> 同席あり	
	(フリガナ) 氏名	続柄
	電話番号	
調査日程調整 の連絡先	<input type="checkbox"/> 調査時の同席者と同じ	
	<input type="checkbox"/> その他	
	(フリガナ) 氏名	続柄
	電話番号	

調査希望曜日・時間	いつでも可 ・ 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 午前 ・ 午後
伝えたいこと	がん末期 ・ 筆談希望 ・ 調査後の別室での聞き取り希望 その他 ( _____ )

駐車場所	自宅等の 駐車場 敷地内 前または横の路上 その他 ( _____ )
------	-------------------------------------

3. 申請理由 ※更新申請は記入不要

<input type="checkbox"/> 生活に支障が出ている 具体的に：
<input type="checkbox"/> 医師・看護師、家族・知人の勧め
<input type="checkbox"/> 交通事故 (事故を起こした・事故に巻き込まれた)
<input type="checkbox"/> 入院した 入院理由： 手術予定【 なし ・ 未定 ・ あり (手術日 _____ 年 _____ 月 _____ 日)】
<input type="checkbox"/> その他 ( _____ )

4. 意見書を依頼する主治医について

診療科目	科	最終診察日 (入院中は不要)	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
------	---	----------------	----------------------------

5. サービスについて

<input type="checkbox"/> 現在のサービスの継続希望
<input type="checkbox"/> 訪問型サービス (掃除・買い物・調理・入浴・看護・リハビリ・その他)
<input type="checkbox"/> 通所型サービス (運動やリハビリ・他者との交流・外出機会の確保・その他)
<input type="checkbox"/> 短期入所 (ショートステイ)
<input type="checkbox"/> 施設入所 (特養・老健・グループホーム・その他)
<input type="checkbox"/> 住宅改修、福祉用具の貸与・購入
<input type="checkbox"/> 決まっていないが、今後の状況を見て考えたい。