

様式第6号（第15条、第23条関係）

証回収	済・未	／
資格者証交付	済・未	／

医師意見書	手渡し・送付・未送付	日付	／
-------	------------	----	---

入力・受付

要介護認定・要支援認定
要介護更新認定・要支援更新認定

申請書

甲賀市長 あて

受領印の日付	年 月 日
申請年月日	年 月 日

次のとおり申請します。

申請書を提出した人又は提出代行者名称	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・指定介護療養型医療施設・介護医療院）	被保険者との関係 (提出代行者は記入不要)
		市記入欄 ※コードを記入
住所	〒	電話番号

被 保 険 者	被保険者番号		個人番号	
	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 1 2 3 4 5	要支援状態区分 1 2	
	*14日以内に 他自治体から 転入した者の み記入	有効期間	年 月 日 から	年 月 日
		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・医療機関等入院、入所の有無（短期入所を除く）有 ・ 無			
	介護保険施設の名称等・所在地	期間	年 月 日～	年 月 日
	介護保険施設の名称等・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
	医療機関等の名称等・所在地	期間	年 月 日～	年 月 日

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

医療保険者名		医療保険被保険者証記号番号	
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正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、甲賀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。

承認済	調査依頼	意見書依頼

本人氏名 _____

代理記載の場合

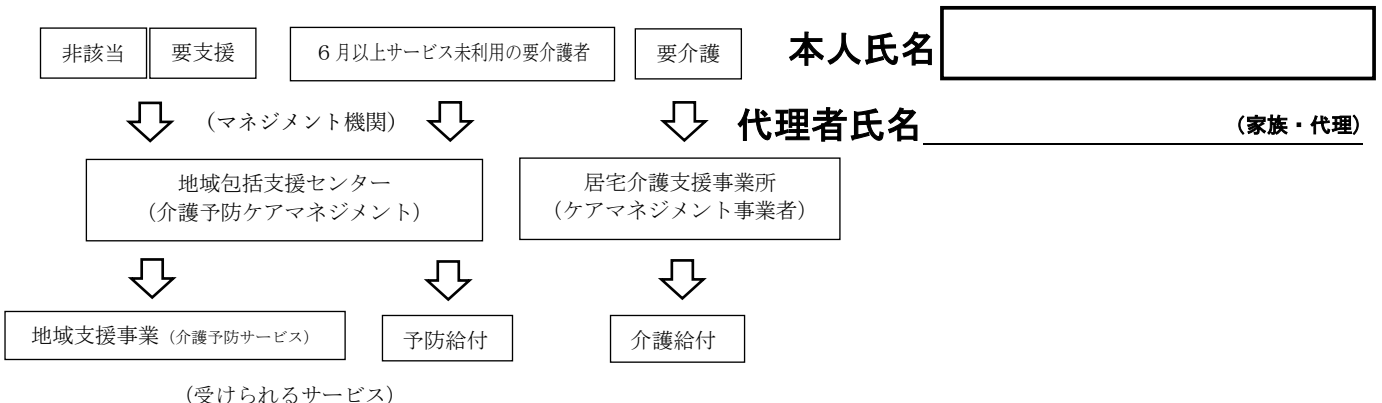
代理人氏名 _____ (家族・代理)

(様) 訪問調査伝達事項

認定調査を行う時の 日程調整する方の連絡先	<input type="checkbox"/> 氏名： _____ 続柄： (_____) <input type="checkbox"/> 病院・施設へ直接連絡 (申請者への連絡は不要) (担当： _____)	
	連絡先 携帯番号を調査委託先に教えても良い方は携帯電話もご記入ください。	優先順位
		① _____
		② _____
<input type="checkbox"/> ③ _____ ※連絡が付きやすい時間帯があればご記入ください。		
認定調査場所	<input type="checkbox"/> 自宅 ※住所：甲賀市 _____ 町 <input type="checkbox"/> 入院中の病院 (_____ 病院 _____ 棟 _____ 号室) ※退院の予定： 未定 ・ 有 (_____ 月 _____ 日頃) <input type="checkbox"/> 入所施設 (_____)	
調査時の家族等の立会い	<input type="checkbox"/> 希望する ※立会いをされる方：(氏名) _____ (日程調整者と同じ方なら記入不要) (TEL) _____ <input type="checkbox"/> 希望しない ※記載のない場合は上記連絡先に確認することがあります。	
備考 (担当ケアマネジャー)		

同意書

今回の要介護認定の結果『非該当・要支援1又は要支援2』、又は『6月以上サービス未利用の要介護認定を受けている被保険者』の方は、長寿福祉課からお住まいの地域にある地域包括支援センターへ連絡することに同意します。



★介護予防 (非該当・要支援) に関する相談はお住まいの地域の地域包括支援センターへ

(調査実施日 _____ 月 _____ 日)

(※この用紙は調査結果の報告の際と一緒に返却)