

介護保険 [ 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)
住所	〒 電話番号	

被 保 険 者	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											性 別													
	氏 名											生年月日													
	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											有効期間	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・医療機関等入院、入所の有無(短期入所を除く) 有 ・ 無																								
	介護保険施設・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歳までの医療保険加入者)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、介護認定調査会による判定結果・意見、主治医意見書、甲賀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、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、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。
- ・また、更新申請において、有効期限内に要介護・要支援認定が行われるときは、延期通知を省略することに同意します。
- ・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、介護保険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。

被保険者氏名 (代筆者 本人との関係 )

訪問調査についての伝達事項 ※太枠内の必要事項を記入ください

認定調査を行う時の 日程調整する方の 連絡先  *連絡が取れる電話番号を ご記入ください	フリガナ <input type="checkbox"/> 氏名： _____ 被保険者 との関係： ( _____ )  <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 電話番号	優先順位	被保険者との関係
		①	
②			
※都合が悪い時間帯をご記入ください。			
調査時の家族等の 立会い	<input type="checkbox"/> 希望する ※立会いされる方は連絡先をご記入ください （氏名） _____ （TEL） _____ （日程調整者と同じ方なら記入不要）  <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。		
担当事業所 ケアマネジャー	事業所名		ケアマネジャー
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） ※入院期間：（ _____ 月 _____ 日～ _____ 月 _____ 日頃） <input type="checkbox"/> 退院日未定  <input type="checkbox"/> 入所施設：（ _____ ）		
認定調査時の駐車スペース （調査場所が自宅の場合のみ）  ※簡単な図でお示してください	●市処理欄 ここからは記入していただく必要はありません フリガナ _____ 被保険者氏名 _____ 申請区分 <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 区変 ・第2号被保険者の申請の場合、医療保険の情報を目視で確認し、 システムに入力しましたか <input type="checkbox"/> 受付・入力者 _____ 証回収 _____ 資格証交付 _____ 主治医意見書 _____ _____ 済・未 _____ 済・未 手渡し・送付・ 未送付 備考 _____		