

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

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

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

介護保険被保険者番号	個人番号
医療保険	保険者番号
被保険者証	記号
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、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。
また、更新申請の場合であって、認定の有効期間内に更新認定を行うことができるときは、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、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。

被保険者氏名 (代筆者 本人との関係)

(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 電話番号	優先順位
		①
		②
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） _____ （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。	
備 考 （担当ケアマネジャー）		
利用したい介護サービス （新規申請者のみ記入）		
認定調査時の 駐車スペースについて （調査場所が自宅の場合のみ）	※簡易な図でお示しください。	

※市処理欄

受付・入力	証回収	資格証交付	主治医意見書	備考
	済・未	済・未	手渡し・送付・未送付	