

様式第 13 号(第 10 条関係)

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

つくばみらい市長 様  
次のとおり申請します。

年 月 日

申請者氏名		本人との関係	
申請者住所	* 申請者が本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要 〒 電話番号 ( )		
提出代行者 名称・住所	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・介護療養院) <span style="float:right">印</span>		

被 保 者	被保険者番号		被保険者証預	未済・済
	個人番号		生年月日	年 月 日
保 険 者	フリガナ		性別	男・女
	氏名		住所	〒 つくばみらい市 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	
		有効期限	年 月 日 ~	年 月 日
	※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	( )

第二号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)のみ記入

医療保険者名		医療保険加入者証 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、つくばみらい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等に提示することに同意します。

本人氏名

# 要介護認定調査確認票

訪問調査員がご連絡をする際の参考資料とさせていただきますので、ご記入をお願い致します。

## 《調査日程調整の際の連絡先》

氏名	続柄：本人・妻・夫・子・嫁・その他( )		
連絡先	電話番号： 連絡の取れる時間帯：いつでも大丈夫／	携帯番号： 時頃・	時以降

## 《調査場所・調査日時の希望》

調査場所	1. 自宅 2. 病院 ( 病院／ 階 号室／退院予定 頃・未定) 3. 施設 ( 連絡先： ) 4. その他( 連絡先： )
希望日時の希望	1. 希望無し 2. 希望有り(希望日時・曜日等： )
調査立会い	1. 無 (病院・施設・ケアマネに一任) 2. 有 立ち会う人の氏名： (続柄： )

※調査日時については、ご希望に沿えない場合もあります。ご了承ください。

## 《在宅サービスのご利用状況について》

利用サービス	1. デイサービス(利用曜日： ) 2. ショートステイ 3. その他( )
担当ケアマネ	1. いない・わからない 2. いる 事業所名： 担当者名：

※申請理由(状態の変化、入院中の方は入院に至った経緯等)や気になる事がありましたら、ご記入ください。また、第三者行為(交通事故等)が起因する申請の場合は必ずご記入ください。

調査時に留意すべき事柄について：例) 認知症の事は本人と別で聞いてほしい等

## ※市介護福祉課記入欄 (新規申請者調査予定について)

調査日程の予約	済(平成 年 月 日( ) 時 分～/未(後日担当者より連絡予定)
	調査担当： 車予約：済・未
	入院中の場合：病院への連絡 済・未
	見込サービスの利用予定： 有・無