

介護保険 介護保険申請書

該当する申請区分をチェックしてください。

新規 更新 変更 転入
新規 (要支援からの区分変更)

市側で
記載
します

(宛先) 岡崎市 市長

申請年月日 令和 〇 年 〇 月 〇 日

次のとおり申請します。

個人番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 0 0

被 保 険 者	被保険者番号	0 0 0 1 2 3 4 5 6 7	生年月日	明・大・昭 〇 年 〇 月 〇 日			
	フリガナ	カイゴ	タロウ	年齢	〇 歳		
	氏名	介護 太郎		性別	男・女		
	住所	〒444-8601 岡崎市 十王町二丁目9番地		電話番号	0564-23-6683		
入院・入所の有無 (短期入所を除く)	有	施設名	1 特養老人ホーム 2 老人保健施設 3 療養病床 4 その他				
	無	所在地					

前回の認定結果	要介護状態区分	1 ② 3 4 5	要支援状態区分	1 2
	有効期間	令和 〇 年 〇 月 〇 日から 令和 〇 年 〇 月 〇 日まで		

変更申請の理由	物忘れが進行したため (区分変更申請の方のみ記入)	転入継続の方	転出元自治体	現在、転出元自治体で申請中ですか。
				はい いいえ

窓口の人	氏名	介護 花子 連絡先 (0564) 23-6683	本人との関係	長男の妻
------	----	-----------------------------	--------	------

提出代行者	名称	該当に〇 (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)		
	所在地	〒	電話番号	担当者名

主治医	医療機関名	〇 〇 〇 病院	医師名	十王 市郎
	所在地	〒 444-〇〇〇〇 電話番号 0564-〇〇-〇〇〇〇 岡崎市 〇 〇 町字 〇 〇 5 番地 1		

医療保険者名	〇 〇 健康保険組合	医療保険被保険者証記号番号	0123456
医療保険者番号	0123456		

下の欄は第2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)のみ記入し、医療保険被保険者証を提示ください。

特定疾病名	
-------	--

現在の有効期間内に認定が行われる場合、認定延期の通知をしないことに同意しますか。 ※更新申請の方のみ記入してください	<input checked="" type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない
---	---

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、認定調査に係る調査内容、主治医意見書及び認定結果を、私が指定する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、介護保険施設の関係人に提示することに同意します。また、認定申請に係る情報、介護認定審査会による認定結果、居宅介護支援事業者及び介護予防支援事業者を、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とともに、認定結果が非該当になった場合、認定申請に係る情報を市が実施する高齢者支援の各種事業のため利用することに同意します。

介護保険被保険者証を添えて提出してください。

本人氏名 介護 太郎
※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

市確認欄

番号確認

個人カード

通カ・住

台

本人確認

保・診

他

・職記

代理人確認

保(介・医)

他

代理人確認

免・保

他

代行者確認

札・証

名

介護保険認定調査場所・立会人・連絡先記入票

(※申請書と一緒にの無いよう、ご提出ください)

本人氏名 **介 護 太 郎**

※新規、要支援1・2の方はお答えください。
基本チェックリストではなく、要介護・要支援
認定申請を希望します。 はい いいえ

●訪問調査場所について ※原則として、本人が主に生活している場所でさせていただきます。

<input type="checkbox"/> 被保険者住所	駐車場所の有無 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)
<input checked="" type="checkbox"/> その他 (住所 岡崎市朝日町3丁目1番地	世帯主名 岡崎 太郎)
<input type="checkbox"/> 入院病院・入所施設 (病院・施設名	部屋番号)
上記病院・施設が遠方の場合 (住所 :)
(電話番号 :)

●現在の様子について、入院中の方は入院に至った経緯等

更新にて特記すべき事柄なし 新規・変更申請の方は経緯を記載ください。例)・認知症が進行した・骨折し手術した・認定結果の見直しを希望等

●調査時に留意すべき事柄について

無 有 理由をご記入ください。例)・認知症の事は本人と別で聞いてほしい・余命1カ月と宣告されており調査を急いで欲しい等

立会人への聞き取りは本人とは別でお願いします。等

●調査に立ち会われるかた

介護保険の認定調査のために、ご自宅または入院・入所先へ伺います。日常生活や介護の状況をお聞きしますので、正確な調査のため、ご家族等の立ち会いをお願いします。調査日については事前に必ずご連絡申し上げますので、確実に連絡の取れる電話番号をご記入ください。

ふりがな	
[氏名: 介 護 花 子] [本人との続柄: 妻]	
<input checked="" type="checkbox"/> 同居 ・ <input type="checkbox"/> 別居(住所:)
連絡先・自宅等 (TEL: 23-6683) ・携帯電話(TEL: 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇)	
・勤務先等(TEL: 23-6684 ⇒会社名 岡崎市役所)	
※ご家族以外の方が立ち会われる場合は、理由をご記入ください。	
[理由:]

●調査予定

できれば避けて欲しい曜日・時間帯に×をつけてください。(透析、デイサービス、リハビリ等含む)

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	備考
午前	×		×		×	
午後	×		×		×	

◎認定結果通知書の送付先の変更を希望の方は下記までご連絡ください。

問合せ先：岡崎市役所 福祉部 介護保険課 審査係 TEL 0564-23-6683