

介護保険要介護・要支援認定 申請書（新規・更新・変更・転入）

（ 1号被保険者・2号被保険者・その他 ）

保険料 申請年月日 年 月 日

資格者証 結果送付先： ① ②

石垣市長様 次のとおり申請します。

① 申請者（認定を受ける方）	被保険者番号											個人番号										
	フリガナ											生年月日	明・大・昭 年 月 日									
	氏名											性別	男・女									
	住所	〒										電話番号										
	前回の要介護認定の結果（更新の方のみ）	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 年 月 日 ~ 年 月 日										
	過去6か月間の介護保険施設等	介護保険施設又は医療機関の名称等・所在地										期間 年 月 日 ~ 年 月 日										
	入所・入院の有・無	介護保険施設又は医療機関の名称等・所在地										期間 年 月 日 ~ 年 月 日										
14日以内に他自治体から転入した方のみ記入	○前に住んでいたところ(市町村)名：[] ○現在、前に住んでいたところに認定申請中ですか： はい（申請日 年 月 日）・いいえ ※すで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。																					
変更申請理由（変更申請の場合のみ）																						

② 提出者	氏名											続柄										
	住所	〒										電話番号										
提出代行者名称		該当に○(地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・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)																				

調査の連絡	立会人											電話番号											続柄										
調査場所																																	

主治医	氏名											医療機関名										
	所在地	〒										受診予定日										

意見書受け取りサイン []

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																					<input type="checkbox"/> 健康保険者証コピー

- 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、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を、石垣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。
- 更新申請の場合、申請から30日以内に認定がされない場合、現在の認定有効期間内であれば認定延期通知を省略することに同意します。

被保険者氏名 _____
(代筆者)

受付印

◎担当ケアマネ () 未契約

◎どちらからか案内はありましたか

地域包括支援センター 病院() ケアマネ その他()

◎現在利用している(これから利用したい)サービス

デイサービス() 曜日) 訪問介護(ヘルパー)() 曜日)

デイケア () 曜日) 訪問看護 () 曜日)

施設等入所 () 小規模多機能

福祉用具 () 住宅改修

ショートステイやお泊り
直近(1ヶ月以内)での利用日 ()
今後の利用予定日 ()

◎備考

- 外泊(ショートステイ・入院など)した場合、原則1週間は調査することができません。
- 対象者本人の体調不良など普段と異なる状態のときは調査することができません。
- 訪問調査の日程調整のためにお電話します。都合の悪いときは折り返しご連絡ください。

※ここから下は記入の必要はございません。

本人申請	<input type="checkbox"/> 個人番号カード (または写し) <input type="checkbox"/> 通知カード (または写し) <input type="checkbox"/> 住基確認		
	<input type="checkbox"/> 個人番号が記載された住民票 (または写し) <input type="checkbox"/> その他 ()		
代理人申請	1点確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証	
		<input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	2点確認	<input type="checkbox"/> 健康保険者証 <input type="checkbox"/> 病院の診察券 <input type="checkbox"/> 離島住民カード	
		<input type="checkbox"/> その他 ()	
※法定代理人・成年後見人の場合 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> その他資格を証明する書類			