

介護保険（ 新規 更新 区分変更 支援からの新規 ）申請書

津奈木町長 様

保険者番号	4	3	4	8	4	5		
申請年月日	令和			年		月		日

次のとおり申請します。

申請者	氏名	本人との関係	
	住所	〒 (電話番号)	
提出代行者	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・指定介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設・介護医療院)		印

※申請者が被保険者本人の場合は、申請者の住所及び電話番号について記載する必要はありません。

被 保 険 者	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						男・女					
	住所	〒										
	前回の要介護認定等の結果等	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	平・令 年 月 日					～	平・令 年 月 日			
		転出元自治体(市町村)名	「はい」の場合、申請日 平・令 年 月 日									
現在の介護保険施設・医療機関等の入院・入所の有無(短期入所を除く)	有・無	名称					所在地					
		電話番号					利用期間	平・令 年 月 日 ～平・令 年 月 日				

主治医	主治医の氏名			医療機関名		
	所在地			最終診察月	年	月受診
				電話番号		

※2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入してください。

医療保険者名			医療保険被保険者証記号番号		
特定疾病名			※(2号被保険者の方のみ) 医療保険被保険者証のコピーを添付してください。		

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、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又は介護保険施設の関係人に提供すること、及び主治医において、主治医意見書の「5,その他特記すべき事項」欄に、審査判定結果、もしくは居宅サービス計画の内容について情報提供を希望する旨が記載されている場合には、当該情報を提供することに同意します。

本人氏名

代筆者氏名

本人との関係

※裏面も必ずご記入ください

介護認定訪問調査連絡票

この連絡票は、訪問調査の日程調整を行うために使用致しますのでご記入をお願いします。

被保険者氏名 _____

申請の理由（新規・変更の場合のみ）

※介護保険で利用したいサービス

通所サービス

訪問サービス

施設入所

住宅改修

福祉用具

その他

1 訪問調査の対応は、ご本人一人でできますか？

立会い無。

立会い有。（本人一人ではできない。）

難聴がある。

言語障害がある。

手話通訳がいる。

視覚障害がある。

認知症がある。

その他

立会人連絡先（昼間に必ず連絡が取れるところ）

立会人氏名 _____

続柄 _____



自宅・職場 _____



携帯 _____

2 調査先

自宅 施設・病院 その他・・・子の自宅等

施設・病院の場合は病棟名 _____

その他の場合は調査先住所 _____

3 本人が調査できない日

（×をつけてください。デイや病院など）

	月	火	水	木	金
午前					

4 施設へのショートステイ等ありますか？

※調査に支障がでますので、ある場合はご記入ください

（ 曜日～ 曜日 ） 施設名（ ） 電話番号（ ）

5 連絡事項

（調査の際にご希望がありましたらご記入ください。）