



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

多摩市長 殿

次のとおり申請します。

		申請年月日	年 月 日
申請者氏名		本人との関係	
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・介護医療院）		
申請者住所	申請者が被保険者本人の場合は記載不要 〒		電話番号 ()

被 保 険 者	被保険者番号											個人番号										
	フリガナ											生年月日	年 月 日									
	氏 名											性別	男・女									
	住 所	〒										電話番号 ()										
	連絡先住所 連絡者氏名	〒										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 経過的要介護 / 要支援状態区分 1 2										有効期間 年 月 日 から 年 月 日 まで										
	介護保険施設 入所の有無 (短期入所を除く。)	有	入所施設名																			
		無	1 自宅 2 入院 病院名 ()										電話番号 ()									

主治医 該当に○ (有・無)	医療機関名																					
	診療科目名											主治医の氏名										
	所在地	〒										電話番号 ()										

医療保険 者名称	番号 ()										医療保険被保険者 証記号番号	記号 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（予防）サービス計画及び支援計画を作成するため必要な場合は、次の1に掲げる認定に係る情報を、多摩市から次の2に掲げる事業者等の関係者に提示することに同意します。

- 1 調査内容、主治医意見書並びに介護認定審査会の判定結果及び意見
- 2 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

本人氏名 _____

市記入欄

番号	番号 C	通知 C	住民票	住基	他 ()
身元 1 点	番号 C	運転免許証	運経証明書	パスポート	他 ()
	住基 C	身障	精障	在留 C	
2 点	介護証	後期証	健康保険証	年金手帳	他 ()
代理権	委任状	介護証	後期証	健康保険証	年金手帳 登記事項証明書 他 ()

認定調査確認票

*該当するものにチェックしてください

多摩市介護保険課

新規 更新 区分変更(現在要支援) 区分変更(現在要介護)

認定調査対象者 (被保険者氏名)						記入者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> ケアマネ
区分変更申請理由 ※区分変更の方のみ	<input type="checkbox"/> 状態改善 <input type="checkbox"/> 状態悪化 <input type="checkbox"/> その他(理由: _____)						<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター (西・東・多・中・北・愛・他) <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他(_____)
利用したいサービス(利用中のサービスも含む)	<input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 福祉用具購入 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> (看護)小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他(_____)						
家族状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居(夫婦のみ) <input type="checkbox"/> 同居(その他)						
調査場所	<input type="checkbox"/> 自宅(自宅の場合はチェックのみ) <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設 ⇒ ・名称(_____) 階 _____ 病棟 _____ <input type="checkbox"/> その他(_____) ・住所(_____) ・電話(_____) ・入院または入所日 (_____ 年 _____ 月 _____ 日) ・退院または退所予定日(_____ 年 _____ 月 _____ 日 ・未定)						
調査同席有無 ※こちらに記載されている連絡先に、日程調整の連絡をします	<input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> あり			
	日程調整先: (本人・病院・施設) _____			氏名: _____ (本人との関係)			
	連絡先: ① _____			連絡先: ① _____			
	② _____			② _____			
調査希望日 ※原則、土・日・祝日は調査不可	本人・同席者の都合の悪い曜日にXをつけて下さい						
		月	火	水	木	金	備考
	午前						
	午後						
身体状況	・介護に至った病名または症状 (_____) ・本人に告知していない病名 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (_____)						
調査時留意事項	<input type="checkbox"/> 認知症あり <input type="checkbox"/> 筆談が必要 <input type="checkbox"/> 別室での聞き取りが必要 <input type="checkbox"/> 認定結果が決定する前にサービス利用予定(新規・区分変更の方のみチェック)						
申請に至った経緯 ※現在の心身の状態、病状(入院中の場合は入院理由を含む)及び申請した目的等をご記入ください							
その他、注意する点や事前に伝えたい点等があればご記入ください						ケアマネ・包括	市記入欄
						担当者	受付者
							<input type="checkbox"/> 郵送