

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																				
	有	所在地																					
	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。

- 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
- 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 他 ()	通知 C	住民票	住基	医療 保険者 名称	番号 ()
身元 1 点	番号 C 住基 C 他 ()	運転免許証 身障	運経証明書 精障	パスポート 在留 C 特永証明	記号 番号 番号	記号 () 番号 () 枝番 ()
2 点	介護証 他 ()	後期証	健康保険証	年金手帳	資格 区分	本人 ・ 家族
代理権	委任状 年金手帳 他 ()	介護証	後期証	健康保険証 登記事項証明書	資格 取得日	H ・ R 年 月 日

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）

1. 認定調査対象者 (被保険者氏名)	(ふりがな)																								
2. 記入者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター (西部・東部・多摩センター・中部・北部・愛宕・その他)																								
3. 利用したいサービス (利用中のサービスを含む)	<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 ()																								
4. 家族状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居 (夫・妻・子・きょうだい・その他 ())																								
5. 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 <input type="checkbox"/> その他 () ※病院・施設・その他の場合は以下を記入 ・名 称 () 階 病棟) ・住 所 () ・電話番号 (-) ・入院または入所日 (年 月 日) ・退院または退院予定日 (年 月 日 ・ 未定)																								
6. 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 ・日程調整先 (本人・病院・施設) ・連絡先 ① - - ② - -		<input type="checkbox"/> あり (ふりがな) ・氏名: (本人との関係) ・連絡先 ① - - ② - -																						
7. 調査希望日 ※土・日・祝日は調査不可 となります。 ※調査時間は約 1 時間程度	*訪問にあたり、本人・同席者の都合が悪い曜日があれば“×”をつけてください。 <table border="1"><thead><tr><th></th><th>月</th><th>火</th><th>水</th><th>木</th><th>金</th><th>備考</th></tr></thead><tbody><tr><td>午前</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>午後</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>					月	火	水	木	金	備考	午前							午後						
	月	火	水	木	金	備考																			
午前																									
午後																									
8. 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 ()																								
9. 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を利用予定 ※新規・区分変更の方のみチェック																								
10. 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																								
11. 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	(区分変更の方は、項番 10 を選択した理由を簡潔にご記入ください。)																								
12. 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 担当者	市記入欄 受付者 <input type="checkbox"/> 郵 送																					