

**新規**

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。

申請者氏名	申請年月日	年月日
提出代行者名称	本人との関係	
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 所在地 電話番号 ( )
	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 \_\_\_\_\_

# 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)

<b>認定調査対象者</b> (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 <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( )																					
<b>区分変更申請理由</b> ※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: )																							
<b>利用したいサービス</b> (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( )																							
<b>家族状況</b>	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居(夫婦のみ) <input type="checkbox"/> 同居(その他)																							
<b>調査場所</b>	<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 )																							
<b>調査同席有無</b> ※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 )		<input type="checkbox"/> あり 氏名: ( 本人との関係 )																					
	連絡先: ① - - ② - -																							
<b>調査希望日</b> ※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 <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <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																								
<b>身体状況</b>	・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 ( )																							
<b>調査時留意事項</b>	<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)																							
<b>申請に至った経緯</b> ※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																								
<b>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</b>			ケアマネ・包括 担当者																					
			市記入欄 受付者  <input type="checkbox"/> 郵送																					