

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																
			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（4 0 歳から 6 4 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 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 精障	運経証明書 在留 C	パスポート 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 登記事項証明書	後期証	健康保険証	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	☐ 本人 ☐ 家族 ☐ ケアマネ ☐ 病院 ☐ その他 () ☐ 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)	☐ ヘルパー ☐ デイサービス ☐ 住宅改修 ☐ 福祉用具購入 ☐ 福祉用具貸与 ☐ 施設入所 ☐ ショートステイ ☐ デイケア ☐ (看護) 小規模多機能型居宅介護 ☐ 訪問入浴 ☐ 訪問リハビリ ☐ 訪問看護 ☐ その他 ()																							
4. 家族状況	☐ 独居 ☐ 同居 (夫・妻・子・きょうだい・その他 ())																							
5. 調査場所	☐ 自宅 ※自宅の場合はチェックのみ ☐ 病院 ☐ 施設 ☐ 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	☐ なし ・日程調整先 (本人・病院・施設) ・連絡先 ① _____ ② _____	☐ 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><tr><td></td><td>月</td><td>火</td><td>水</td><td>木</td><td>金</td><td>備考</td></tr><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></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 ☐ なし ☐ あり ()																							
9. 調査時留意事項	☐ 認知症あり ☐ 筆談が必要 ☐ 別室での聞き取りが必要 ☐ 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	☐ 状態改善 ☐ 状態悪化 ☐ 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 ☐ 郵 送																					