

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・指定介護療養型医療施設） 印	
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	明・大・昭 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 <small>（要介護・要支援更新 認定の場合のみ記入）</small>	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	有	入所施設名																			
	入所の有無 <small>（短期入所を除く。）</small>	無	所在地	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 ()										

第2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

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
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、認定に係る情報（1）を多摩市から事業者等の関係者（2）に提示することに同意します。

1 ・ 調査内容 ・ 主治医意見書 ・ 介護認定審査会の判定結果と意見
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
・ 介護保険施設の関係人 ・ 主治医意見書を記載した医師 ・ 認定調査に従事した調査員

提示に同意いただける場合は、右に被保険者の方の署名を
(代筆の場合は押印も) お願いします。 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

申請日 年 月 日

フリガナ		性別	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 <input type="checkbox"/> その他()																						
氏名(本人)		男・女																								
申請理由	<input type="checkbox"/> 介護保険サービス利用 (<input type="checkbox"/> 在宅サービス <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 福祉用具購入口その他) <input type="checkbox"/> 施設入所のため <input type="checkbox"/> 区分変更のため(理由 :)																									
調査場所	<input type="checkbox"/> 自宅 : <input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 家族同居																									
	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設 ⇒ 名称 (階 病棟) 住所 () 電話 () ・入院または入所日 年 月 頃 ・退院または退所日 年 月 頃 ・未定 (予定日)																									
調査同席有無	<input type="checkbox"/> なし 日程調整先 : _____ 連絡先 : ① _____ ② _____		<input type="checkbox"/> あり 氏名 : _____ (本人との関係) 連絡先: ① _____ ② _____																							
	本人・同席者の都合の悪い曜日に×をつけて下さい																									
調査希望日	<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																										
利用中のサービス (更新・区分変更の方)	<input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> デイ(デイケア) (月・火・水・木・金・土・日) <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> ショートステイ ____月 ____日 ~ ____月 ____日 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> その他																									
身体状況	・病名または症状 () ・本人に告知していない病名 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ()																									
調査時留意点	<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 ・上記以外に注意する点があれば下記にご記入してください																									

受付