

記入例

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	令和2年4月1日
申請者氏名	多摩 太郎	本人との関係 夫
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 〒206-0021 多摩市関戸6-12-1	電話番号 000(000)0000

被 保 険 者	被保険者番号	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6	個人番号							
	フリガナ	タマ ハナコ			生年月日	明・大・ <input checked="" type="radio"/> 11年11月11日				
	氏名	多摩 花子			性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女				
	住所	〒 同上			電話番号	()				
	連絡先住所 連絡者氏名	〒 同上			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	電話番号 1 自宅 ② 入院 病院名 (○○○病院) 000(000)0000						

主治医 該当に○ (有・無)	医療機関名	○○○病院							
	診療科目名	内科	主治医の氏名	○ ○ ○ ○					
	所在地	〒206-0011 多摩市関戸○丁目○番地○			電話番号	000(000)0000			

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	東京都市町村共済組合 番号 (○○○○○○○○○)	医療保険被保険者 証記号番号	記号	番号
特定疾病名	脳血管疾患			

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 多摩 花子

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

記入例

フリガナ	たま はなこ	性別	男	記入	<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)	多摩 花子																									
申請理由	<input type="checkbox"/> 介護保険サービス利用 (在宅サービス 住宅改修 福祉用具購入 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: ・一人暮らし ・日中独居 ・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 日 ・退院または退所日 年 月 日 ・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 - -																							
調査希望日	本人・同席者の都合の悪い日に×をつけて下さい <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																										
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																					

この確認票を記入した方

調査を受ける方の氏名・フリガナです。必ず記入してください。

調査を受ける場所にチェックしてください。病院・施設の場合は、具体的に必要事項を記入してください。

調査に同席する方の有無を記入してください。
 ◆「なし」の場合は、本人のみの調査となります。どなたと日程を決めたらいいかを記入してください。→ 本人、施設、病院、ケアマネ……等
 ◆「あり」の場合は、本人または、同席される方と日程調整をさせていただきます。

都合の悪い日を記入

わかる範囲で記入してください。

調査員に伝えたいことがあれば、記入してください。
 例えば……「介護保険の調査」と言わないでほしい
 大きな声で話してほしい
 等