

介護保険要介護認定・要支援認定申請書 (新規・更新)

(あて先) 松山市長
次のとおり申請します。

	001	002	003	004
--	-----	-----	-----	-----

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 険 者	介護保険被保険者番号		0 0 0	マイナンバー (個人番号)									
	医 療 保 険	保険者名		保険者番号									
		被保険者証		記号	番号	枝番							
	フリガナ				生年月日	明・大・昭	年	月	日				
	氏名				性別	男		・	女				
	住所		松山市		電話番号								
	前回の要介護認定の結果等		要介護状態区分 1 2 3 4 5			要支援認定区分 1 2							
			有効期間 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日										
	過去6ヶ月間の介護保険施設 医療機関等 入院・入所の有無		介護保険施設の名称等			期間	年	月	日	～	年	月	日
			医療機関等の名称等			期間	年	月	日	～	年	月	日

申 請 書 提 出 者	① 代 行 事 業 者	該当に✓	<input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設 <small>(地域密着型介護老人福祉施設)</small>										
		名称											
		所在地	電話番号										
	① 以 外	氏名称					本人との関係						
住所		電話番号											

該当に✓ <input type="checkbox"/> 主治医 <input type="checkbox"/> 指定医	医師氏名					医療機関名					
	所在地	電話番号									

2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

特定疾病名											
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を、松山市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、地域密着型サービス事業者、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に提示することに同意します。

本人氏名

松山市確認欄

20240401

代筆者氏名(続柄)(.....)

親族以外の代筆理由

確認	入力

裏面もご記入ください

訪問調査連絡票

*訪問調査の日時は、調査員から電話連絡のうえ、ご相談させていただきます。

*本人・同席者等への調査日時連絡は、調査日時相談者からお願いします。

※担当ケアマネジャーの情報は必ず記入してください。

調査員記入欄

被保険者 番号	0 0 0	被保険者 氏名				
→ 調査日時相談者に✓を入れてください	<input type="checkbox"/> 本人	電話番号	(自宅)	(携帯)		
	<input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャー	事業者名				
		担当者 氏名		調査同席	有 ・ 無	
		電話番号	(職場)	(携帯)		
	<input type="checkbox"/> 上記以外	氏名				
		被保険者 との関係	<input type="checkbox"/> 家族(続柄:)	調査同席	有 ・ 無	
		<input type="checkbox"/> その他()				
	電話番号	(自宅)	(携帯)			
訪問調査先 住民票と違う場合	入院・入所 施設名等	(号室)				
	住 所	※マンション等の方は、棟名・部屋番号までご記入ください。 (電話番号) (方)				
同居人の状況 (該当に✓を入れてください)		<input type="checkbox"/> 無(独居) <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子ども() <input type="checkbox"/> その他()				
介護サービス利用状況 (現在利用している在宅サービス 該当に✓を入れてください)		<input type="checkbox"/> 訪問介護(ホームヘルプ) (曜日) <input type="checkbox"/> 通所介護(デイサービス) (曜日) <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護(ショートステイ)(次回予定: 月 日~ 月 日) <input type="checkbox"/> 福祉用具の貸与 <input type="checkbox"/> その他()				
備 考 (調査時に留意してほしいこと、通院等で都合の悪い曜日、入院中の方は退院予定日などを記入してください)		※新規申請の方は申請理由もご記入ください。				

*調査スケジュールの都合により、ご希望の日時に添えない場合もありますのでご了承ください。