

介護保険要介護認定・要支援認定申請書

(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				

申請区分(✓)		☐ 新規		☐ 更新		変更(☐ 区分変更(要介護の方) ☐ 要介護新規(要支援の方))	
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 記号・番号	記号				番号
	フリガナ					生年月日	大正・昭和 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			要支援状態区分 1 2	
			有効期間 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日				
	変更申請の理由						
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✓	☐ 指定居宅介護支援事業所 ☐ 介護老人保健施設 ☐ 介護医療院	
			☐ 地域包括支援センター ☐ 指定介護老人福祉施設 (地域密着型介護老人福祉施設)	
		名 称		
		所 在 地	電話番号	
	① 以 外	氏 名 名 称		本人との関係
住 所		電話番号		

該当に✓ ☐ 主治医 ☐ 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歳までの医療保険加入者)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、主治医意見書、松山市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、松山市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する(地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。)ことに同意します。

本 人 氏 名

代筆者氏名 (続柄) (.....)

親族以外の代筆理由

松山市確認欄

☐	包括同意
--------------------------	------

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の連絡は、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		000				被保険者 氏名			
→ 調査日時相談者に✓を入れてください	☐ 本人	電話番号	(自宅)		(携帯)				
	☐ 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)				
	☐ 上記以外	氏名							
		本人との関係	☐ 家族(続柄:) ☐ その他()			調査同席	有 ・ 無		
		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)		☐ 無(独居) ☐ 配偶者 ☐ 子ども() ☐ 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)		☐ 訪問介護(ホームヘルプ) (曜日) ☐ 訪問看護 (曜日) ☐ 通所サービス(デイサービス・デイケア) (曜日) ☐ 短期入所生活介護(ショートステイ)(次回予定: 月 日～ 月 日) ☐ 福祉用具の貸与() ☐ 住宅改修 ☐ 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。