様式第４号（第５条関係）

介護保険　要介護認定・要支援認定等申請書

（あて先）　胎 内 市 長　　年　　月　　日

次のとおり申請します。

申請区分	新規	更新　・　変更　（ 要介護　・　要支援 ）

被保険者	介護保険被保険者番号		個人番号	
	医療保険 保険者名		保険者番号	
	医療保険 被保険者記号番号	記号	番号	枝番
	フリガナ		生年月日	年　月　日
	氏名		性別	男　・　女
	住所	〒　電話番号		
	変更申請の場合は、その理由			
	前回の要介護等認定の結果	※要介護・要支援更新認定の場合のみ記入	要介護　1　2　3　4　5　　要支援　1　2	
			有効期間　年　月　日から　年　月　日まで	
		※14日以内に他自治体から転入した者のみ記入	転出元自治体（市町村）名［　　］ 現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 （既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください。）　はい・いいえ 「はい」の場合、申請日　年　月　日	
	過去６月間の介護保険施設、医療機関等への入院、入所の有無	介護保険施設の名称等・所在地	期間 年　月　日～　年　月　日	
	有　・　無	医療機関等の名称等・所在地	期間 年　月　日～　年　月　日	

※　申請者が被保険者本人の場合は、氏名のみ記入してください。

申請者	フリガナ		被保険者との関係	
	氏名			
	住所	〒　電話番号		
	提出代行者名称・所在地（担当者氏名）	該当するものに○を付けてください。（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・介護医療院） （担当者氏名　　）　電話番号		

主治医	医療機関名		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歳までの医療保険加入者）のみ記入してください。

特定疾病名	

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成するために必要があるとき又は認定結果で「非該当・要支援１・要支援２」のいずれかとなった場合で、介護予防・地域支援事業等の実施に必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る認定調査内容、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胎内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。

被保険者氏名

代筆者氏名　　（続柄　　）

認定（ 新規 ・ 更新 ・ 変更 ）申請連絡票

認定及び調査員が訪問に伺う際の参考にさせていただきますので、下記の事項について、該当するものをチェックし、具体的な状況についてご記入ください。
※更新の場合は、（２）以外をご記入ください。

（１）調査対象者　氏名：

（２）要介護等認定を申請した理由（新規・変更申請はその理由をご記入ください。）
例：脳梗塞により身体状況が悪化し寝たきりとなった

（３）現在利用しているサービスには◎、これから利用したいサービスには、〇をつけてください。（介護予防を含む。）

（　　）居宅介護支援事業所　（事業所名　　）
地域包括支援センター
サービス計画作成者名　（　　）

事業対象者の方はレ点を入れてください。 □

（　　）訪問（介護・看護・入浴・リハ）
（曜日等　　）
（事業所名　　）

（　　）通所（介護・リハ）（曜日等　　）
（事業所名　　）

（　　）ショートステイ
（曜日等　　）
（事業所名　　）

（　　）福祉用品（貸与・購入）

（　　）住宅改修

（　　）グループホーム
（事業所名　　）

（　　）小規模多機能型居宅介護
（曜日等　　）
（事業所名　　）

（　　）介護老人福祉施設入所

（　　）介護老人保健施設入所

（　　）介護医療院入院

（　　）その他（　　）

（　　）特になし

（４）現在、生活されているところ	□ 在宅 □ 入院・入所（　　年　　月　　日頃より入院（所）） 病院（施設）名（　　階　　（病棟）） 退院（退所）の予定　なし・あり（　　月　　日頃） □ その他（例：ｼｮｰﾄｽﾃｲ　　）
（５）主治医の確認と受診状況	医療機関　（　　） 最終受診日（　　年　　月　　日頃） 最近１ヶ月内に受診は　□ある　□ない 他の受診医療機関（　　）

（６）ご家族の状況	□家族と同居　□高齢者のみ　□ひとり暮らし
（７）調査時に同席する方の連絡先等 延期通知希望	入院・入所の場合、調査に同席を希望しますか？　→　希望する　・希望しない 氏　　名　（　　本人との関係　　） 日中の連絡先　（電話：　　） 連絡を希望する時間帯（〇をつけてください。） いつでも可　午前　お昼　午後　（　　時頃） □いない ※認定調査は、平日の日中に行います。調査時間は1時間～1時間30分程度かかります。 病院での調査の場合は午後の調査となります。

記入日　　年　　月　　日　（提出又は受付者　　）　2024.12.2 様式