

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

府 中 市 長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被 保 険 者	介護保険者番号										個人番号																		
	医療保険者名										保険者番号																		
	被保険者番号										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										〒																		
											電話番号																		
	前回の要介護認定の結果等										※要介護・要支援更新認定の場合のみ記入					要介護状態区分 1 2 3 4 5					要支援状態区分 1 2								
											有効期限										年 月 日 から					年 月 日			
											転出元自治体（市町村）名 [ ]																		
										※14日以内に他自治体から転入した者のみ記入																			
										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										介護保険施設等の名称等・所在地										期間					年 月 日 ～ 年 月 日				
										介護保険施設等の名称等・所在地										期間					年 月 日 ～ 年 月 日				
										医療機関等の名称等・所在地										期間					年 月 日 ～ 年 月 日				
										医療機関等の名称等・所在地										期間					年 月 日 ～ 年 月 日				

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・介護医療院）									
	住所										〒									
										電話番号										

主治医	主治医の氏名										医療機関名									
	所在地										〒									
										電話番号										

第二号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

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

①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、府中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、府中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。

②更新申請において認定有効期間内に要介護・要支援認定が行われる場合は申請から30日を超える処分までの処理見込期間とその理由の通知（延期通知）を省略することに同意します。

本人署名欄

※本人署名欄は代筆の場合でも記入が必要です。

(代筆の場合)  
代筆者氏名

本人との関係

※市記載欄

受付	書類	証回収			本人確認	
		回収済・再交付 後日・調査日			免・個・マイナ その他（ ）	
入力	資格者証	意見書	調査		予診票	No.
			前		要 不要	
調査区分						
居宅・施設・他市（ ）				同日調査あり		

介護申請情報聞取書（新規・更新・区変）

申請年月日 年 月 日

被保険者 氏名	フリガナ	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日( 歳)
住 所	電話番号		
認定 調査 場所	<input type="checkbox"/> 自宅 駐車場の有無 : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 入院・入所先 施設名 : 病棟 : 電話番号 : <input type="checkbox"/> その他 ( )		
入院 入所 の方	入退院・入退所日 ( 年 月 日 ~ 年 月 日・未定 ) 入院となった主な原因 ( ) その他 ( )		
認定 調査 同席 有無	家族同席希望 <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない フリガナ 続柄 ( ) 氏名 : ケアマネ・病院施設職員 同席希望 <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない フリガナ 氏名 : <p style="text-align: right;">※入院・入所中の場合、 家族の同席は原則不要です。</p>		
日程調整 連絡先	昼間に連絡がとれる電話番号 ※原則、平日9時~16時の間で事前に連絡します。 TEL: 連絡が取りやすい時間帯: 時頃 続柄:		
後日聞き取 り希望	<input type="checkbox"/> 有 フリガナ <input type="checkbox"/> 無 氏名	連絡先	
		本人との関係	
同日 調査者	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (夫婦で同日調査など)		
本人の 生活状況 や 心身の 状況等	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 人の声が聞きにくい <input type="checkbox"/> 言葉が出にくい <input type="checkbox"/> 認知症の傾向がある <input type="checkbox"/> 当日別室で聞き取り希望する <input type="checkbox"/> 介護保険の調査であることを本人に伝えて 欲しくない <input type="checkbox"/> 未告知の病名 ( )		その他 (生活にお困りのことなど) 日常的に支援が必要なこと <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 入浴
現在の サービス 利用状況	<input type="checkbox"/> 通所サービス ( 月・火・水・木・金・土・日 ) <input type="checkbox"/> 訪問系サービス ( 月・火・水・木・金・土・日 ) <input type="checkbox"/> 短期入所 (ショート) (申請月と翌月の利用予定日 . ) <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与・購入 <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
病院受診 について	定期受診の有無: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 次回受診予定日: 年 月 日 ※介護認定の審査に必要なため、定期受診がない場合は、ご自身で病院と調整してください。		
担当ケアマネージャー (事業所:		氏名: )	
TEL:			