

介護保険 要介護（更新）・要支援（更新）認定申請書兼変更申請書

久喜市長 あて

次のとおり申請します。

年 月 日

申請区分		1. 新規申請		2. 更新申請		3. 区分変更		4. 転入申請（転出元市区町村名）	
被 保 険 者	被保険者番号							転出元自治体に認定申請中の方は、申請日を記入して下さい。 年 月 日	
	個人番号								
	フリガナ							生年月日 性別	
	氏 名							年 月 日 男 女	
	住 所							電話番号 ()	
	現在の要介護度	要支援 1 ・ 2		要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5					
	現在の有効期間	年 月 日 から		年 月 日					
	特定疾病名	第2号被保険者（40歳から64歳までの方）は必ず記入してください。							
区分変更 申請理由	区分変更申請の場合は必ず記入してください。								
認 定 調 査	調査場所 被保険者の住所地の場合は、住所及び電話番号の記入は不要です。	住所地・住所地以外・病院・施設 （病院・施設名 _____ 病棟 _____ 号室） 住所 _____ 電話番号 ()							
	立会い希望	あり・なし	氏名			本人との関係	同居・別居		
	連絡先電話番号 日中に連絡が取れる番号の記入をお願いします。	① () 自宅 携帯 勤務先	② () 自宅 携帯 勤務先			備考			
	主治医	医 療 機関名			主治医名			前回受診日 年 月 日 次回受診日 年 月 日	
	所在地			電話番号 ()			入院 入所	年 月 日～ 年 月 日	
医 療 保 険	医療保険者名			医療保険者番号					
	記号・番号・枝番								

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、久喜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、久喜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。

（更新認定のみ）申請の日から30日を超える場合であっても、現在の認定の有効期間内であれば、処理見込期間等の通知を省略することに同意します。

本人氏名（署名） _____ 代筆者氏名（署名） _____

申 請 代 行 者	氏名			本人との関係		
	住所			電話番号 ()		

◆事業者が提出代行する場合は次の欄に記入してください。

提 出 代 行 者	種別・名称	地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院 ※該当に○をつけてください。 電話番号 ()				
	所在地	担当者名： 担当ケアマネジャーですか はい・いいえ				

訪問調査連絡票

【全ての方がご記入ください】

① 調査実施日	希望する曜日 ☐ なし ☐ あり 月 火 水 木 金
② 調査員の駐車場の場所	☐ なし ☐ 敷地内 ☐ その他()
③ 調査時の配慮	☐ なし ☐ 本人と別室での聞き取りを希望 ☐ 病名を伏せたい ☐ その他()
④ 治療中の病気	☐ なし ☐ あり (病名) 手術予定 ☐ なし ☐ あり (月 日)

【新規申請・区分変更申請の方は記入してください】

① 申請された理由	☐ 介護サービスを利用したい（増やしたい） ☐ 病院からの勧め ☐ その他（ ）
② 利用を希望するサービス	該当するサービス全てに○をつけてください。 訪問介護・訪問入浴・訪問看護・訪問リハビリ・居宅療養管理指導・ショートステイ・通所介護（デイサービス）・通所リハビリ（デイケア）・福祉用具貸与（レンタル）・福祉用具購入・住宅改修・施設入所 【結果が出る前の利用希望】 ☐ なし ☐ あり
③ 本人の心身の状況 （差しつかえない範囲で記入ください） 該当するものに○をつけてください。	【会話】 可・多少・不可 【聴力】 普通・大声で可・不可 【物忘れ】 なし・年相応・あり （認知症診断 なし・あり） 【歩行】 自立・杖・手押し車・車いす・寝たきり

【更新申請の方は記入してください】

① 利用中のサービス		☐ なし ☐ あり ()
市記入欄		