

介護保険 要介護認定・要支援認定申請書

(宛先)
旭川市長

申請区分

新規・更新・変更

支1⇔支2
支⇔介

介⇔介

・転入等

次のとおり申請します

申請年月日 令和 年 月 日

※裏面もご記入下さい

認定を受ける人 (被保険者)	被保険者番号	0 0 0	個人番号 (マイナンバー)				
	医療保険	保険者名	保険者番号				
	被保険者証	記号	番号	枝番			
	64歳以下の方は記入 ※医療保険証の写しを添付		特定疾病名				
	フリガナ			生年月日	明・大・昭	年 月 日	
	氏名			男・女	電話番号		
	住所	〒					
前回の認定結果	要介護 1・2・3・4・5		要支援 1・2		非該当 申請歴なし		
変更申請の理由 (変更申請の方のみ記入)	<input type="checkbox"/> 状態の悪化 ※具体的状況(いつからどのように身体状態・認知症状が変化したか、それによる介護の手間など) <input type="checkbox"/> 状態の改善						

主治医	医療機関名	診療科	主治医氏名(フルネーム)	
		最終受診日	令和 年 月 日頃	
所在地	〒			
電話番号				
・今回の申請について主治医は意見書の作成を了承していますか。 <input type="checkbox"/> 了承している <input type="checkbox"/> 了承していない → 必ず、主治医に意見書作成の了承を得てください。				

訪問調査について	日程調整の連絡先	フリガナ	同席者		同席者氏名	
		氏名	本人との関係 ()	有 : 無	本人との関係 ()	
	日中の連絡先	①() - 自宅・携帯勤務先		②() - 自宅・携帯勤務先		
	調査場所	名称			<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 入所先 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他()	
		所在地				
	(入院等の場合)期間	年 月 日 ~ 年 月 日	部屋番号	階	号室	
	サービス利用状況	<input type="checkbox"/> サービスを利用中 ・ <input type="checkbox"/> サービスを利用していない ・ <input type="checkbox"/> 暫定プランにて利用中				
駐車場	<input type="checkbox"/> あり(注意点等:) <input type="checkbox"/> なし					
都合の悪い曜日・時間帯 (該当する時間帯に×を記入)		月曜	火曜	水曜	木曜	金曜
	午前					
	午後					
調査時の留意事項	(例)筆談対応が必要。病名未告知。本人に排泄や物忘れについて聞くと感情的になる。本人のいない場所での聞き取り希望。等					

同意事項	以下のことに同意します。				
	1. 主治医より、実施した要介護認定・要支援認定にかかる調査票・主治医意見書及び判定結果(要介護度)等について照会がある時は、当該事項について医療機関に提示すること。 2. 更新申請において、認定有効期間内に要介護認定・要支援認定が行われる場合は、申請から30日を超える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。				
	本人署名		代筆者署名		【裏面に続きます】

