

市町村コード

29209

被保険者番号

Grid for insurance number

帳票ID

021

【記入の仕方(表面)】

介護保険 要介護認定・要支援認定申請書(新規・更新・変更・転入)

生駒市長宛 本人以外(家族等)の方が申請される場合に記入してください。
次のとおり申請します

申請年月日 令和 年 月 日

Main application form with fields for applicant, insured person, residence, medical insurance, and care status.

ご加入の医療保険に記載されている内容を記入してください。※後期高齢者医療保険の場合、記号・枝番はありません。

個人番号(マイナンバー)を記入してください。

介護保険の被保険者番号を記入してください。

現在入院・入所中の方は必ず記入してください。(有料老人ホーム・高齢者住宅・グループホームなどに入所されている場合も記入してください。)

定期的に通院されている医師名を記入してください。
複数の医師にかかられている場合、最近の心身の状態をよく把握しておられる医師を1名記入してください。

特定疾病名 64歳以下の方のみ記入してください。医療保険証のコピーを必ず添付してください。

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、及び主治医意見書を地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、介護保険施設の関係人、医師、調査員、又は関係者に提供することに同意します。
更新申請に係る認定が有効期間内に行われる場合は、申請から30日を超えても認定延期通知を省略することに同意します。

被保険者氏名 必ず被保険者の氏名を記入してください。

※認定結果通知や給付費関係等書類の送付先変更を希望される場合は、「介護保険関係書類送付先申請(変更)届」をご提出ください。

送付先変更の申請は介護保険課へ申請してください。

受付日

※裏面も記入してください。

※裏面もご記入ください。

受付番号 契約 前回調査

調査 意見書

市町村コード

29209

被保険者番号

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

帳票ID

023

【記入の仕方(裏面)】

認定調査連絡票

※認定調査の連絡先について記入してください。(平日の昼間連絡のとれる電話番号をご記入ください)

※調査日時が決まりましたら、他の同席される方にお伝えください。

| | | | |
|--------|--------------|----|---|
| 被保険者氏名 | 新規 ・ 更新 ・ 変更 | | |
| | 介護度 | 期間 | ～ |

| | | | | | |
|-----|------|---------|----------|--------|----|
| 連絡先 | フリガナ | イコマ ジロウ | | 本人との関係 | 長男 |
| | 氏名 | 生駒 二郎 | | | |
| | 電話番号 | 〇〇〇〇 | (〇〇) | 〇〇〇〇 | |
| | 携帯番号 | 〇〇〇 | (〇〇〇〇) | 〇〇〇〇 | |

| | | | |
|------------------------|-----------------------------------------|------|------------------|
| 訪問先住所 どちらかを選択してください | <input type="checkbox"/> 本人自宅 | 住所 | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> その他 | 住所 | 〇〇市〇〇町〇〇番地 |
| | | 訪問先名 | 〇〇病院 |
| | | 電話番号 | 〇〇〇〇 (〇〇) 〇〇〇〇 |

| | | | | |
|------------|----------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|
| 認定調査日時について | <input checked="" type="checkbox"/> 希望日は特にない | | ※調査日時は、平日の9～17時の間をお願いします。 | |
| | <input type="checkbox"/> 曜日の希望あり | <input type="checkbox"/> 月曜日 | <input type="checkbox"/> 火曜日 | <input type="checkbox"/> 水曜日 |
| | <input type="checkbox"/> 時間の希望あり | <input type="checkbox"/> 午前【 】時頃 | <input type="checkbox"/> 午後【 】時頃 | |

| | | | | | |
|--------------------|-------------------------------------------------------|-------|-------|--------|---|
| 認定調査時に同席される方はいますか？ | <input checked="" type="checkbox"/> いる | 同席者氏名 | 生駒 花子 | 本人との関係 | 妻 |
| | <input type="checkbox"/> いない | | | | |
| | ※当市では認定調査を正確におこなうために家族等の同席をお願いしております。できるだけご協力をお願いします。 | | | | |

| | |
|----------------------|----------------------|
| 変更申請の理由 (変更時のみ記入) | 変更申請の場合は理由を記入してください。 |
|----------------------|----------------------|

認定調査に関して何か伝えておきたいと思われることがありましたらその内容をご記入ください。
※過去1週間に、環境変化(入退院、転院、施設入退所等)があった場合は記入してください。

| | |
|-------------------|--|
| 特定疾病名 (2号被保険者) | |
|-------------------|--|

現在のサービス利用状況について

| | | |
|---------------------|-----------------------------|----------------------------------------|
| 現在利用しているサービスはありますか？ | <input type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし |
|---------------------|-----------------------------|----------------------------------------|

太枠内は必ず記入してください。