

訪問調査時、同席される方の氏名・続柄	連絡先	自宅
続柄（ ）		勤務先 携帯電話

介護保険 要介護・要支援認定 申請書

境港市 市長 様	区分	新規・更新・変更
次のとおり申請します。	申請年月日	令和 年 月 日

被 保 者	被保険者番号	0 0 0 0	個人番号	
	フリガナ		生年月日	明治 年 月 日
	氏 名		性 別	男 ・ 女
	住 所	電話番号		
	現在の要介護 認定の結果等	要 介 護 状 態 区 分 (1 2 3 4 5) 要 支 援 状 態 区 分 (1 2)		
	変更申請の理由	有効期間 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日		
	過去6月間の 介護保険施設 ・医療機関等 入院入所等の 有 無	名 称	期 間	
	有 ・ 無	☐ 介護保険施設 ☐ 医療機関	年 月 日～ 年 月 日	

主治医	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒	電話番号	

2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

医療保険者名		記号番号	
特定疾病名			

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境港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、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。
申請から30日以内に認定がされない場合、現在の有効期間内であれば、処分延期通知の省略に同意します。
(更新申請の場合のみ)

本人氏名

※事業者が代行申請する場合のみ記入

提出 代行 者	名 称・ 所在地・ 電話番号	
	種 別	地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設

※市記入欄(認定調査)

日 時	月 日 () 午前・午後 時 分～	保険証	☐ 窓 ☐ 回収 ☐ 調査時 ☐ 後日 ☐ 再発行
調査員	場 所	資格者証	☐ 窓 ☐ 保険証受領後 ☐ 郵送 (/)

介護職員等記載欄

【聞き取り等について】

①担当者			事業所名		
②事前聞き取り	必要	不要	④サービス提供 事業所職員等 からの聞き取り	必要	事業所名: 担当者: 連絡先:
③事後聞き取り	必要	不要		不要	
⑤調査において 重点的に確認 すべき点・ 本人及び家族 等への 配慮事項・ 区分変更申請 理由の詳細等					

【現在受けているサービス】

在宅利用										
〔 認定調査を行った月のサービス利用回数を記入。福祉用具貸与は調査日時点の、特定福祉用具販売は過去6月の品目数を記載 〕										
訪問介護 (ホームヘルプサービス)	訪問入浴 介護	訪問看護	訪問 リハビリテーション	居宅療養 管理指導	通所介護 (デイサービス)	通所リハ (リハビリ)	短期入所 (特養等)	短期入所 (老健等)	特定施設 生活介護	福祉用具 貸与
回/月	回/月	回/月	回/月	回/月	回/月	回/月	日/月	日/月	日/月	品目
福祉用具 販売	住宅改修	夜間対応型 訪問介護	認知症対応型 通所介護	小規模多機能 型居宅介護	認知症対応 型生活介護	地域密着型 特定施設	地域密着型 特 養	定期巡回 訪問介護看護	看護小規模 多機能型居宅介護	
品目	有・無	日/月	日/月	日/月	日/月	日/月	日/月	回/月	日/月	