

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）

岩出市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 4年 4月 1日

記入例

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号	3 2 6 0 0 1 2 3 4 5	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2				
	医療 保 険	保険者名	全国健康保険協会 和歌山支部					
		被保険者証	記号	1 2 3 4 5 6 7 8	番号	1 2 3	枝番	1 2
	フリガナ	イワデン タロウ		生年月日	大・昭	3年	4月	5日
	氏名	岩出市 太郎		性別	男			
	住所	〒649-6123 岩出市〇〇123番地		電話番号 62-XXXX				
	前回の要介護認定 の結果等	※更新申請・変更申 請の場合に記入	要介護状態区分	1 2 3 4 5	要支援状態区分	1 2	事業対象者	
		有効期限	令和3年5月1日から 令和4年5月31日					
	※14日以内に 他自治体から 転入した者の み記入	転出元自治体（市町村）名	[ ]					
	過去6月間の介護 保険施設、医療機 関等への入所・入 院の有無	介護保険施設等の名称等・所在地	期間		令和 年 月 日～令和 年 月 日			
有・無	医療機関等の名称等・所在地	期間		令和4年2月1日～ 令和 年 月 日				
	岩出病院 岩出市〇〇321番地							
変更申請の理由 (変更申請のみ)								

申 請 者 等	氏名 又は 名称	該当に○（本人・ <u>家族</u> ・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・その他） ※申請者が本人の場合は記載不要 岩出市 花子
	住所	※申請者が本人の場合は記載不要 〒649-6123 岩出市〇〇123番地 電話番号 62-XXXX

主治医	主治医の氏名	和歌山県 次郎	医療機関名	岩出市病院
	所在地	〒649-6321 岩出市〇〇321番地 電話番号 62-XXXX		

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	
-------	--

要介護認定・要支援認定に係る関係資料の情報提供 同意書

岩出市長 様

次のとおり同意します。

- 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、岩出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若しくは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。

被保険者氏名 岩出市 太郎

代筆者氏名 岩出 花子

代筆者住所 岩出市〇〇123番地

※被保険者（代筆者）氏名は署名してください。

被保険者との続柄 子

# 認 定 調 査 に つ い て

要介護認定のために、調査員があなたのご家庭などにお伺いして、あなたの心身の状態に関する項目について質問します。

認定調査に先立って、次の事項をお聞かせいただき、調査の参考にさせていただきます。

本人氏名	岩出市 太郎	
日程調整を行う ときの連絡先	連絡者氏名	岩出市 花子
	電話番号	62-XXXXX
認定調査日時の 希望について	<input checked="" type="checkbox"/> 特にない <input type="checkbox"/> 都合の悪い曜日・時間がある (下記に記載してください) _____	
認定調査場所	<input type="checkbox"/> 申請書記載の場所(住民票の住所) <input checked="" type="checkbox"/> その他(調査場所の住所及び病院名・施設名等を下記 に記載してください) 岩出市〇〇321番地 岩出市病院201号室 _____	
家族等の立会い について	認定調査時に同席する方はいますか。 <input type="checkbox"/> いない <input checked="" type="checkbox"/> いる 家族(氏名 岩出市 花子 続柄 子 ) その他( )	
その他、認定調査に関して、あらかじめ伝えておきたいことがありましたら、その内容をご記入ください。 聴力が弱いため、声が聞き取りにくい。ゆっくりと大きな声で話してください。		