

(表面)

介護保険 [要介護・要支援] ・ [新規] 認定申請書

小郡市長 様

次のとおり申請します。

申請者	フリガナ		申請年月日	年 月 日
	氏名		本人との関係	
	提出代行者 (事業所代行時のみ記入)	該当に○(地域包括支援センター・指定居宅介護支援事業所・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・地域密着型老人福祉施設・介護医療院) いずれにも該当しない場合には委任状(任意の様式)の添付が必要です		
	住所	〒	電話番号	

被保険者	被保険者番号	0 0	個人番号		
	医療保険	医療保険者名	※医療保険証の写しの添付でも可		
		被保険者証	記号	番号 枝番	
	フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日	
	氏名		性別	男 ・ 女	
	住所	〒	電話番号		
	現在の状態 (該当にレ)	<input type="checkbox"/> 在宅(住所地) <input type="checkbox"/> 在宅(その他) <input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> 医療施設 <input type="checkbox"/> その他の施設	施設・病院名[病棟名] []	所在地 〒	電話番号
		入院(所)日	年 月 日	退院(所)・転院予定日	年 月 日

主治医 (意見書を依頼する医師)	医療機関名		氏名	
	所在地	〒	電話番号	

調査の立会い	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	<input type="checkbox"/> 同居家族 <input type="checkbox"/> 別居家族 <input type="checkbox"/> その他 (本人との関係:)	調査できない日 (曜日)	
訪問調査の連絡先	氏名	(本人との関係:)	日中つながる電話番号	駐車場の有無 <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無
認定結果通知・次回更新案内の送付先 (いずれかの口をチェック)	<input type="checkbox"/> 本人(介護保険被保険者証の住所) <input type="checkbox"/> 申請者(口本人の名前非表示) <input type="checkbox"/> その他	その他にチェックの場合記載 住所 〒 宛名 (本人との関係:)		

2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	
介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成する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、小郡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供することに同意します。	市受付印
本人氏名(署名)	

【裏面の要介護・要支援新規申請確認票にも記入のうえ申請してください】

※市記入欄

認定調査決定日時	月 日 時 分～	担当調査員	受付
提出	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理 <input type="checkbox"/> 代行 <input type="checkbox"/> 郵便 <input type="checkbox"/> その他()		
個人番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード(写) <input type="checkbox"/> 通知カード(写) <input type="checkbox"/> 個人番号記載の住民票 <input type="checkbox"/> システム確認 <input type="checkbox"/> 個人番号の記載なし		
代理権確認	<input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> 委任状等 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証等 <input type="checkbox"/> その他()		
身元確認書類	【1点で確認】 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 障がい者手帳 【2点で確認】 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 介護保険負担割合証 <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 【その他】 () ()		
意見書	<input type="checkbox"/> 窓口渡 <input type="checkbox"/> 郵送()		

(裏面)

介護保険[要介護・要支援]・[新規]認定申請書とともに記入のうえ、提出してください。

要介護・要支援(新規)申請確認票

被保険者氏名	
申請者(来庁者)	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 事業者(事業所名:)
日常生活で困っていること	

■希望する介護保険サービス

<input type="checkbox"/> 訪問介護(ホームヘルプサービス)	<input type="checkbox"/> 通所介護(デイサービス)
<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション(デイケア)	<input type="checkbox"/> (看護)小規模多機能型居宅介護
<input type="checkbox"/> 住宅改修費の支給	<input type="checkbox"/> 福祉用具の貸与及び購入費の支給
<input type="checkbox"/> グループホーム	<input type="checkbox"/> その他()
<input type="checkbox"/> 介護保険施設(特別養護老人ホーム、老人保健施設、療養型医療施設)	
<input type="checkbox"/> サービスの利用を検討中	

■現在、利用している介護保険以外のサービス

生きがいデイサービス(※新規申請のみ)	<input type="checkbox"/> 利用	<input type="checkbox"/> 未利用
※生きがいデイサービス利用者は利用している事業所名をご記入ください(事業所名:)		

小郡市(令和6年4月作成 ホームページ用)