

受付印



# 介護保険 要介護認定・要支援認定申請書

(あて先) 鎌倉市長

次のとおり申請します。

申請日 年 月 日

被保険者 (認定を受ける方)	フリガナ			申請区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 転入	鎌倉市 使用欄
	氏名	男 女			<input type="checkbox"/> 介護 (要支援から要介護へ区分変更)	
	生年月日	明 大 昭 年 月 日 (満 歳)				調査先
	被保険者番号	0 0 0 0	個人番号			調査依頼
	住 所 (住民登録地)	〒 ー 電話番号 ( )				意・作成
	前回の 認定結果等	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5	有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで		意・依頼
	変更・介護 申請の理由	鎌倉市へ転入して14日以内の方は下記をご記入ください。 前市区町村 [ ] で 認定あり ・ 認定なし ・ 認定申請中 である。				調・着

主治医	医療機関名			科 名			調・読込
	所在地	〒 ー 電話番号 ( )		医師氏名	氏	名	
	最終受診日※	年 月 日		次回診察予定日	年 月 日		一次判定

※入院中の方は診察日の記入は不要です。

第2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)の方は特定疾病及び医療保険情報のご記入をお願いします。

特定疾病名			審査
医療保険者名※	保険者番号		調査票
被保険者証記号番号	記号	番号	

※医療保険証の写しを添付される場合は医療保険情報の記入は不要です。

同意欄	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鎌倉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、地域密着型サービス事業者、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、また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。 (更新申請の場合のみ)申請から30日以内に認定がされない場合、現在の認定有効期間内に認定の結果が通知されるのであれば、認定延期通知の省略に同意します。		印	印
	被保険者氏名	代筆者氏名	(続柄)	固有 名詞
				記入 超過
				別紙 添付

委任欄	私は、介護保険認定申請に関する手続きを、下記の者に委任します。	印	※本人以外が申請をする場合に記入及び押印をお願いします。
	被保険者氏名		

提出者	家族または提出代行者 * 本人の場合は記入不要		印
	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保険施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 家族 続柄( ) <input type="checkbox"/> その他( )		
	氏名(名称)	電話番号	

鎌倉市使用欄

番号確認 (1点)	身元確認書類	添付書類	受付者
<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 介護保険被保険者証	
<input type="checkbox"/> 通知カード	<input type="checkbox"/> 運転免許証・旅券	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 医療保険証 (2号)	
<input type="checkbox"/> 住民票 (個人番号有り)	<input type="checkbox"/> 障害者手帳 (身体・精神・知的)	<input type="checkbox"/> 介護保険負担割合証 確認	
<input type="checkbox"/> 住民基本台帳	<input type="checkbox"/> 在留カード・特別永住者証明書	<input type="checkbox"/> 資格者証	
<input type="checkbox"/> その他 ( )		<input type="checkbox"/> 年金手帳・年金証書	
		<input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 同時申請 ( )

訪問調査について必ずご記入ください。



被保険者番号	0	0	0	0							氏名	
--------	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	----	--

①日程調整等の連絡先 日中に連絡を取ることができる連絡先をご記入ください。

氏名 \_\_\_\_\_ 本人との関係 ( \_\_\_\_\_ )

住所 〒 \_\_\_\_\_

電話番号 ( \_\_\_\_\_ ) 携帯番号 ( \_\_\_\_\_ )

②調査日 都合の悪い曜日・時間帯がございましたらご記入ください。

③調査の立会い 認定調査時に立会いを希望されるかどうかご記入ください。

なし

あり (連絡先と同じ)

あり 氏名 ( \_\_\_\_\_ ) 本人との関係 ( \_\_\_\_\_ )

④訪問場所 本人が現在いる場所についてご記入ください。

自宅 (住民登録地)

入院・入所先 ⇒ **ここにチェックをされた方は、⑤についてご記入ください。**

その他 ( \_\_\_\_\_ )

住所 〒 \_\_\_\_\_

⑤病院入院中、介護施設等入所中の方 現在入院中または入所中の施設についてご記入ください。

入院・入所日	年	月	日	から	入院・入所中
病院・施設名					
種類	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設	<input type="checkbox"/> 介護医療院		
	<input type="checkbox"/> 病院	<input type="checkbox"/> 有料老人ホーム	<input type="checkbox"/> その他 ( _____ )		
所在地	〒	—	電話番号	( _____ )	
病室・居室		棟		号室	
退院・退所予定日	年	月	日	に	退院・退所予定 / 未定

⑥今後の予定 今後、本人の居所が変更される予定がある方はご記入ください。 ※概ね2週間が目安となります。

今後の居所	<input type="checkbox"/> 自宅	
	<input type="checkbox"/> 自宅以外	※自宅以外の場合には、下記についてご記入ください。
病院・施設名等		
種類	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設
	<input type="checkbox"/> 病院	<input type="checkbox"/> 有料老人ホーム
	<input type="checkbox"/> 介護医療院	<input type="checkbox"/> その他 ( _____ )
所在地	〒	—
	電話番号	( _____ )
予定日	年	月
		日

⑦特記事項 訪問調査にあたり留意事項 (病気の状況やサービスの利用希望等) があればご記入をお願いします。