

石狩市介護保険

要介護認定・要支援認定
要介護更新認定・要支援更新認定
認定の変更

申請書

石 狩 市 長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号																		個人番号																		
	医療 保険	保険者名																		保険者番号																	
		被保険者 記号・番号		記号																番号														枝番			
	フリガナ																			生年月日		M・T・S		年		月		日									
	氏名																			性別		男・女															
	住 所 *住民基本台帳上の住 所と異なる場所に連絡 が必要な方は下段にそ の場所を記入してくだ さい。			〒																電話番号																	
				〒																電話番号																	
	前回の要介護状態 の区分等			要介護・要支援 更新認定及び 認定の変更の 場合のみ記入		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											
				有効期間 年 月 日から 年 月 日まで																																	
	変 更 申 請 の 理 由 *認定の変更申請の場 合のみ記入			※14日以内に 他自治体から 転入した場合 のみ記入		転出元自治体（市町村）名（ 現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。（既に認定結果通知を 受け取っている場合は「いいえ」を選択してください。） はい ・ いいえ 「はい」の場合、申請日 年 月 日																															
過去6月間の介護保険 施設・医療機関等入 院・入所の有無			施設の名称																期間		年 月 日		～		年 月 日												
			施設の名称																期間		年 月 日		～		年 月 日												
			有 ・ 無																期間		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																	
【あなたの介護にかかる情報提供への同意の署名】 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・要支援認定に係る調査内容、石狩市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、石狩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。 本人氏名																																					

申請書提出者・ 提出代行者 （被保険者本人 の場合は記入 不要）	氏 名		氏名																	
	住 所		〒 住所																	
	電話番号		(名称) 電話番号																	
被保険者 との関係		1. 提出代行者（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・介護医療院） （職名： ） 2. 親族（本人との関係： ） 3. その他（具体的に： ）																		

第2号被保険者（40歳から64歳までの医療保険加入者）のみ記入

特 定 疾 病 名	
-----------	--

確認事項

訪問調査の実施場所	1 被保険者宅 2 入院・入所先（ ） 担当者（ ）
	3 上記以外 ふりがな 氏名 本人との関係
	住所
	電話 （ ）
	（自宅・勤務先 ）
訪問調査の事前連絡先	※連絡先が実施場所と違う場合等にご記入ください。 ふりがな 氏名 本人との関係
	電話 （ ） （自宅・勤務先 ）
調査時同席の有無	1 同席を希望（同席者： 本人との関係 ） 2 同席しない
訪問調査希望日	1 特に希望はない
	2 希望あり（都合の悪い日をご記入ください： ）
	その理由等（ ）
理解力について	1 理解力はある 2 理解力が低下している
認定結果送付先 （原則住民票上の住所に送ります。）	1 被保険者宅（住民票上の住所）
	2 上記以外 ふりがな 氏名 本人との関係
	住所
	電話 （ ）
	被保険者宅（住民票上の住所）以外の理由
	被保険者宅（住民票上の住所）以外の場合、本人又は家族の同意が必要です。 同意がある場合、誰に同意を得ましたか？→本人・家族（本人との関係： ）
認定申請の理由、 疾患名、状態像	
現在のサービス利用 状況・今後のサービス希望について	
受診日について	前回受診した日（ ） 次回の受診予定日（ ）
備 考	（※現在入院されている方については、病院側と相談されているか必ず確認して下さい。）
※市記入欄 2号被保険者の医療利用資格 確認（データ・資格証明書）	
受付者名 （ ）	