

※裏面も記入してください

支所受付印	高齢者福祉課受付印

介護保険 { 要介護認定・要支援認定 } 申請書
要介護更新認定・要支援更新認定

三 次 市 長 様
次のとおり申請します。

申請者氏名	本人との関係	申請年月日	年 月 日
申請代行者名称	該当に○（地域包括支援センター・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・介護医療院）		
申請者住所	〒 電話番号		

※申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

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		明・大・昭 年 月 日									
	氏名		性別		男 ・ 女									
	住所		〒 電話番号											
	前回の 要介護 認定の 結果等	※要介護・要支 援更新認定の場 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	
		有効期間		年 月 日から 年 月 日まで										
	申請の理由 ※新規申請の場合 のみ記入	※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 【 】 現在、転出元に要介護・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											
		☐ 在宅で介護保険サービスを利用したい （ホームヘルプサービス・デイサービス・短期入所・住宅改修・福祉用具レンタル等）												
☐ 申請を勧められた → ☐ 医療機関 ☐ その他（ ）														
☐ 施設入所のため ☐ その他（ ） （具体的な状況）														
過去6月間の介護保険施 設等への入所、医療機関 等の入院の有無 有・無	介護保険施設等の名称・所在地		期間 年 月 日 ～ 年 月 日											
	医療機関等の名称・所在地		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											

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	
-------	--

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、主治医意見書、三次市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、三次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、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する（地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。）ことに同意します。

本人氏名:

(代筆)

(表面)

申請情報確認票

この申請情報確認票は、認定調査が的確かつ円滑に行われるよう、ご本人の状況をお伺いするものです。

下記に必要事項を記入又は☑をつけてください。ご協力をお願いします。

※土・日・祝日の調査は行っておりません。9：30～15：00までの時間帯で調整をお願いしています。

訪問調査を行う場所	☐ 自宅（住民票の住所地）		
	☐ 住民票の住所と異なる場所	住所	〒 電話番号（ ） - 様方
	☐ 病院又は施設等 退院又は退院予定日 ☐ 予定あり（ 年 月 日） ☐ 予定なし	名称	病棟 階 号室
身体状態	☐ 落ち着いており調査が可能 ☐ 今は状態が不安定（ 週間後には調査が可能）		
調査への 同席者の有無	☐ 同席する	フリガナ	（続柄 ） 電話番号（ ） -
	☐ 同席しないが聞取り希望	氏名	
	☐ 同席しない	←この場合、心身の状況に關しての聞取りに対して十分に受け答えができる	
日程調整の 相手	フリガナ		9：00～16：30 の間で連絡がとれる電話番号 電話番号（ ） -
	氏名	☐ 調査同席者と同じ （続柄 ）	
	※連絡がとりやすい時間帯等（ 時～ 時 / 時 まで・以降）		
認定結果の送付先が 住所と違う場合は記入	☐ 表面の申請者と同じ ☐ 上記の調査場所と同じ		
	〒		
調査時の 注意事項	感染症 ☐ なし ☐ あり（		
	未告知の病気等 ☐ なし ☐ あり（		
	認知症の傾向 ☐ なし ☐ あり 難聴（筆談の必要性） ☐ なし ☐ あり		
	本人がおられない場所での聞取りの必要性（認知症に関すること等） ☐ なし ☐ あり		
	サービス利用について（新規申請） ☐ 暫定利用予定 ☐ 検討中		
	サービス利用について（更新・区分変更 申請） ☐ 現在利用中 ☐ 検討中		
	サービス内容 通所系 曜日（AM/PM/終日） 曜日（AM/PM/終日）		
	訪問系① 曜日（ 時 分～ 時 分）		
	訪問系② 曜日（ 時 分～ 時 分）		
	訪問系③ 曜日（ 時 分～ 時 分） その他（		
ご都合の悪い日・曜日 （病院受診/デイサービス・サロン等）			
居住環境 駐車場 ☐ なし ☐ あり 場所（			
※その他、調査時に留意する事項、希望・要望があればご記入ください。			

更新申請の場合、居宅介護支援事業所・介護保険施設の方のみご記入ください。

訪問調査をする・訪問調査をしない（○で囲んでください。）

居宅介護支援事業所・介護保険施設名（訪問調査をする場合のみご記入ください。）

（裏面）