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
要介護認定・要支援認定区分変更］申請書

淡路市長　戸田　敦大　様

次のとおり申請します。

個人番号												

被保険者	介護保険被保険者番号										申請年月日		
	医療保険	保険者名									保険者番号		
		被保険者証	記号								番号	枝番	
	フリガナ										生年月日		
	氏　名										性　別		
	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											
			有効期間　　から										
		*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										
	介護保険施設入院･入所の有無(短期入所を除く)	有	入院･入所施設名										
			所在地										
		無	介護保険施設以外の入院医療機関名･入所施設名										
			所在地										

申請者氏名		本人との関係	
提出代行者名称	該当に○(地域包括支援センター･居宅介護支援事業者･指定介護老人福祉施設･介護老人保健施設･指定介護療養型医療施設･介護医療院)		
申請者住所	〒 電話番号		

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、及び主治医意見書を、保険者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

連　絡　票

※　訪問調査に関する必要事項を記入してください。

訪問調査について 〇で囲んでください	日程調整における連絡先 ＊本人（TEL：　　） ＊家族（氏名：　　）（続柄：　　）（TEL：　　） ＊その他（氏名：　　）（続柄：　　）（TEL：　　） 立ち会い者の氏名（　　） 日頃の状況をより詳細にお伝え頂くために、日頃の状態をよく知る方の立ち会いをお願いします。 ※ケアマネジャー・施設職員可
	調 査 希 望 場 所 自宅　・　その他　（　　）
	曜日：　月曜　火曜　水曜　木曜　金曜　特にない 時間：　午前　午後　特にない
結果通知の送付先 〇で囲んでください その他の場合は住所を記入して下さい。	自宅（送付先登録があれば登録先）　・　入所施設　・　その他
	〒　　―
	様方
備考 ※変更申請の場合は変更理由記入	

上記の情報を、要支援・要介護認定調査を行うために、淡路市が委託する認定調査事業所へ提供することに同意します。

被保険者番号										
フリガナ										
被保険者氏名										
代筆者氏名	（続柄）									

※本人の病状等により調査をできる見込みがなく、申請日から 30 日を経過した場合は、再度のお手続きをいただく場合があります。

[事務処理欄]

主治医意見書	渡し済　・　未
被保険者証	回収済　・　未