

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

申請書

木更津市長 様  
次のとおり申請します。

申請書の記入者		本人との関係	
---------	--	--------	--

被保険者	介護保険被保険者番号	0 0 0 0 0	申請日	令和 年 月 日	
	個人番号				
	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	明・大・昭 年 月 日
	氏名			性別	男 ・ 女
		住所	〒 木更津市 電話番号		
	前回の要介護認定の結果等	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	
		※14日以内に他自治体から転入した者のみ記入	有効期間 年 月 日 から 年 月 日 まで 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 令和 年 月 日		
	過去6月間の介護保険施設、医療機関等の入院、入所の有無	介護保険施設の名称等・所在地	期間	年 月 日～ 年 月 日	
医療機関等の名称等・所在地		期間	年 月 日～ 年 月 日		
有 ・ 無					

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・地域密着型介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設、介護医療院)
	住所	電話番号

主治医	主治医の氏名		医療機関名	( 科)
	所在地	〒	電話番号	
	受診の間隔	定期的 ・ 不定期	最後に受診した月	令和 年 月

第二号被保険者(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	
-------	--

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、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木更津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、指定介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設、介護老人保健施設若しくは指定介護療養型医療施設の関係人、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 \_\_\_\_\_

訪問調査についての記入欄	
本人、家族等の 連絡先	氏名 <span style="float: right;">被保険者との関係</span> 住所 〒 電話番号
連絡を取りやすい 曜日・時間帯	<input type="checkbox"/> いつでも可 <input type="checkbox"/> 曜日 月・火・水・木・金 時間帯 午前・昼・午後 時ごろ
訪問調査の立会い	家族の立会い希望 有・無 介護支援専門員等の立会い希望 有・無
訪問先	<input type="checkbox"/> 被保険者宅（自宅） <input type="checkbox"/> 病院・施設 <input type="checkbox"/> その他 住所 名称 電話番号 病棟及び部屋番号 <span style="margin-left: 100px;">病棟</span> <span style="margin-left: 100px;">階</span> <span style="margin-left: 100px;">号室</span>
本人及び同居の 家族、調査立合 い者の健康状態	本人及び本人と同居の家族、訪問調査の立合い者について、現在の体温をお聞きします。 1. 全員平熱 2. 平熱より高い（本人・本人と同居の家族・立合い者） 3. 不明 感染症（新型コロナ、結核、かぜ等）の兆候についてお聞きします。 1. 全員ない 2. ある（本人・本人と同居の家族・立合い者） 3. わからない
その他	

注 その他の欄は、訪問調査時に留意すべき事項や伝えておきたい事項等があれば、記入してください。

※市役所記入欄

滞納 の 有・無	滞納 状況	年度分 期 円 期 円 期 円
		年度分 期 円 期 円 期 円
		年度分 期 円 期 円 期 円