

調査先	自宅・自宅以外 ()
調査日	年 月 日 AM・PM

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

神 栖 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	被保険者番号	0	0	0	0							個人番号											
	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 経過的要介護											要支援状態区分 1 2										
		有 効 期 間											年 月 日 から 年 月 日										
	※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 (申請日 年 月 日) ・ いいえ																					
	過去6月間の介護保険施設・医療機関等入院入所の有無	介護保険施設の名称等・所在地										期 間 年 月 日 ～ 年 月 日											
		介護保険施設の名称等・所在地										期 間 年 月 日 ～ 年 月 日											
	有 ・ 無	医療機関等の名称等・所在地 (入院中の場合は部屋番号等を記載願います)										期 間 年 月 日 ～ 年 月 日											
医療機関等の名称等・所在地 (入院中の場合は部屋番号等を記載願います)										期 間 年 月 日 ～ 年 月 日													

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） 印
	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

医療保険者名		医療保険被保険者証記号番号	
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、神栖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

認定調査連絡票

被保番号

氏名

※太枠内を記入してください。

現在のご様子		
1 家族構成	一人暮らし・夫婦二人暮らし・本人含む（ ）暮らし 日中独居になりますか はい・いいえ	
2 現在のお困りごと		
3 主な病気		
4 身体の様子	歩行：可能・杖使用・シルバーカー・つたい歩き・車いす・寝たきり 排泄：自力・オムツ使用・その他（ ） 聴力：普通・やや遠い・聞こえない 視力：普通・見えにくい	
5 認知症状	有・無	
6 調査時に気をつけてほしいこと		
<サービス利用について> 申請について ★新規（受けたいサービスがあれば○で囲んでください） ・訪問介護・訪問入浴・デイサービス・通所リハビリ・施設入所 ・福祉用具（ ）・その他（ ） ★更新・区変（いずれかを○で囲んでください） ・サービスの利用について：している・していない <認定調査について>		
連絡先	氏名	電話番号
	本人との関係（ ）	携帯番号
	※連絡時注意事項（連絡がつきやすい時間等）	
調査立会者：有・無（立会者名： 続柄： ）		

市側記入欄

調査先	自宅・自宅以外
	入院中・入院中の方 退院の予定（ ）
	病院・施設名
	※病院の場合： 病棟 号室
調査日	※新規・急な調査のみ日時決定（必ず調査予定表へ入力のこと） 月 日 AM・PM 担当：