

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

☐新規
☐更新

北 上 市 長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 険 者 * 認 定 を 受 け よ う と す る 方	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 ()																			
	現在の認定区分		☐ 要支援1 ☐ 要支援2 ☐ 要介護1 ☐ 要介護2 ☐ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 要介護5																			
			有効期間 年 月 日 から 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		介護保険施設 ☐ 入所中 ☐ 退所未定 施設名 所在地 期間 年 月 日～ 年 月 日																			
			介護保険施設 ☐ 入所中 ☐ 退所未定 施設名 所在地 期間 年 月 日～ 年 月 日																			
有 ・ 無 *有の場合は、右 記の欄を記入して ください。		医療機関 ☐ 入院中 ☐ 退院未定 病院名 所在地 期間 年 月 日～ 年 月 日																				
		医療機関 ☐ 入院中 ☐ 退院未定 病院名 所在地 期間 年 月 日～ 年 月 日																				
		医療機関 ☐ 入院中 ☐ 退院未定 病院名 所在地 期間 年 月 日～ 年 月 日																				

提 出 代 行 者	名 称	☐ 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																	
	住 所	〒 電話番号 ()																	

主 治 医	医療機関名									診療科					主治医氏名				
	所在地	〒 電話番号 ()																	

第二号被保険者（40歳から64歳までの医療保険加入者）の方のみ記入し、健康保険者証を提示してください。

特 定 疾 病 名																		
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

介護(予防)サービス計画を作成するために必要があるときは、要介護(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、北上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。併せて、更新認定申請において、認定有効期間内に要介護(要支援)認定を行えるのであれば、北上市からの延期通知を省略することに同意します。

被保険者氏名

※裏面もご記入ください。

〔裏面〕

※訪問調査時間は約 30 分です。短時間での調査となり、事前に本人の状況を把握する必要がありますので、こちらの面もご記入をお願いします。

申請者氏名		被保険者との関係	夫・妻・子 その他（ ）
申請者住所	□被保険者と同じ 〒 電話番号（ ）		

訪問調査について

調査員がご自宅等を訪問し、心身の状況などをうかがいます。本人の日頃の様子をよく知っている方の立会いが必要です。日程については後日連絡します。

○立会いは誰がしますか。

1. 家族(氏名：同居・別居)	被保険者との関係(夫・妻・子・その他)
電話番号（ ）	日中に連絡が可能な電話番号（ ）
2. その他(事業者名・氏名等：)	
被保険者との関係（ ）	電話番号（ ）

○日程調整は、どなたとすればよろしいですか。

氏名：	被保険者との関係（ ）
日程調整の際の連絡先（ ）	

○調査日の希望はありますか。 ※訪問調査は平日の日中に行います。

・希望の曜日（月・火・水・木・金）
・希望の時間（①午前9時台 ②午前10時台 ③午前11時台 ④午後1時半 ⑤いつでも可能）
・都合の悪い日時等（ ）

○訪問調査の場所 ※調査場所が自宅以外の場合は建物名・住所をご記入ください。

□自宅 □入院中 □入所中 □その他
名 称：
住 所：

医療機関（主治医意見書を依頼するかかりつけの病院）の受診状況について

○最近、いつ受診されましたか	年	月	日
○次回の受診予定はいつですか	年	月	日

その他特記すべき事項

申請理由・本人の状態
利用中・検討中のサービス
認定調査について