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

埼玉県南埼玉郡宮代町長　様

次のとおり申請します。　　申請年月日　　年　月　日

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		
	医療保険 被保険者記号・番号	記号		番号	枝番
	フリガナ		生年月日	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１２３４５　要支援状態区分１２ 有効期限　年　月　日から　年　月　日		
		※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		
	過去６月間の介護保険施設、医療機関等への入院、入所の有無	介護保険施設等の名称等・所在地 〒	期間 年　月　日～　年　月　日		
		介護保険施設等の名称等・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 〒	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		

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・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	
	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、宮代町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、宮代町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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

■調査場所＿＿＿＿＿＿　[担当使用欄：調査員＿＿＿＿＿　調査日時　／　（　）　：　]

申請時　質問票

被保険者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿

■調査の同席者

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿（被保険者との続柄＿＿＿＿＿電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿）

■主治医の受診状況

申請日から1か月以内に主治医を受診していますか。

（薬のみの受診を除く。受診がない場合、認定結果を出すことができませんのでご注意ください）

□受診している（最終受診日　　/　　）　□受診していない（次回受診日　　/　　）

■申請の理由　（現在困っていること、利用を希望する介護サービスなど）

（デイ・デイケア・ヘルプ・訪入浴・訪リハ・訪看護・療看護・療管理、用レンタル・用購入・住改・ショート・施設入所）

■現在の心身の状態

会話は可能か	：	その他申請に当たって伝えておきたいこと
本人は申請を了承しているか	：	
退院後の予定・希望等	：	
病状の告知の有無・進行度	：	

■現在の状況

在宅の方（入院前の状況）

介護している方

＿＿＿＿＿＿＿＿

定期的に医者にかかっていますか。

病院名：＿＿＿＿＿＿＿＿

受診科：＿＿＿＿＿＿＿＿

病　名：＿＿＿＿＿＿＿＿

通院回数：　月　・　週　　回

入院中の方

病 院 名：＿＿＿＿＿＿＿＿

診 療 科：＿＿＿＿＿＿＿＿

病　　名：＿＿＿＿＿＿＿＿

病　　室：　　病棟　　階　　号室

担当ワーカー：＿＿＿＿＿＿＿＿

退院見込：令和　　年　　月　　日頃

調査時期の希望：　入院中　・　退院後

退院後介護される方＿＿＿＿＿＿＿＿

----------事務局使用欄----------

認定調査に係る連絡先・希望・その他特記事項