

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

(宛先)志摩市長
(宛先)鳥羽志勢広域連合長
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					個人番号							
	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	1	2	3	4	5	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											
	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
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					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)									
	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)のみ記入してください。

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

★介護保険申請のときに提出してください

調査希望日と同席する介護者名を

要介護・要支援認定には『訪問による調査』と、市役所から医療機関へ発送する『主治医意見書』が必要です。ご指定の主治医に定期的な受診をしていない（最近1ヶ月程度）場合は、事前に主治医にご相談ください。

また、後日、鳥羽志勢広域連合介護保険課から訪問調査日を電話連絡いたします。

1. 被保険者名			
2. 調査希望場所		<input type="checkbox"/> 自宅（独居・本人含めて 人） <input type="checkbox"/> 入院中（ 病院 号室） <input type="checkbox"/> その他（ ）	
3. 同席いただくかた		（ふりがな）	
		（氏名）	
昼間、連絡のつく電話番号：		希望の時間帯 時頃	
4. 訪問調査希望日（土日、祝日は行っていません）		希望時間に○を付けてください。	
		希望なし	
第1希望	月 日（曜日）	<input type="checkbox"/>	午前 9時30分頃
		<input type="checkbox"/>	午前 11時00分頃
		<input type="checkbox"/>	午後 1時30分頃
第2希望	月 日（曜日）	<input type="checkbox"/>	午前 9時30分頃
		<input type="checkbox"/>	午前 11時00分頃
		<input type="checkbox"/>	午後 1時30分頃
第3希望	月 日（曜日）	<input type="checkbox"/>	午前 9時30分頃
		<input type="checkbox"/>	午前 11時00分頃
		<input type="checkbox"/>	午後 1時30分頃

※鳥羽市・志摩市以外の地域、離島については、午前中の調査となります。

鳥羽志勢広域連合 介護保険課
 志摩市磯部町迫間 22 番地
[TEL:0599-56-1050](tel:0599-56-1050)