様式第8号（第15条第1号関係）

※裏面あり

（表）

介護保険（要介護認定・要支援認定）申請書

新規 ・ 更新 ・ 変更

銚子市長　様

次のとおり申請いたします。　　申請年月日　　年　　月　　日

被保険者（サービス利用を希望している方）	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	年齢　歳
	住　所	〒　－　　電話　（　）			
		現在いるところ　同上　・　異なる　⇒　裏面に記載箇所があります。			
	介護保険の郵便送付先	同　上 異なる場合記載　→　〒　－　電話　（　） 住所			
	前回の要介護認定の結果	要支援状態区分　1　2　／　要介護状態区分 1　2　3　4　5			
		有効期間　年　月　日 ～　年　月　日			
	過去６か月間の入院・入所の状況		年　月　日 ～　年　月　日		
			年　月　日 ～　年　月　日		

提申出請代者行又者は	氏　名	本人との続柄
	住　所	〒　－　　電話　－　－
	代行者名称	［地域包括支援センター・指定居宅介護支援事業者・地域密着型介護老人福祉施設・介護保険施設］

主治医	医療機関名		診　療　科	
	主治医氏名		受診予定日	
	所 在 地	〒　－ 電話　（　）		

本人同意欄	介護サービス計画又は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）認定の調査内容、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又は介護保険施設の関係人に提供することに同意します。また、今回の認定結果を、主治医意見書を記載した医師に提供することに同意します。 氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　代筆者（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

『健康保険証』をご持参ください。

医療保険者名・保険者番号	医療保険被保険者　記号・番号・枝番	特定疾病名（２号被保険者のみ）

※市記入欄　　受付印

被保険者証回収済　□	保険料未納無し　□
資格者証の交付済　□	生保あり　□
送付先の家族同意　□	転入継続　転入前市町（　）

（裏）

認定調査連絡票

現在のご様子	家族構成：　一人暮らし　・　夫婦二人暮らし　・　本人含む（　　）人暮らし
	介護サービスが必要な理由（申請のきっかけ）　※Dr □ ※変更の場合は変更の理由
	現病歴： 本人へ未告知の病名（　　）　今後手術予定ありの場合（　　月　　日　）
	聴力(普通・やや遠い・耳元で大声で・全く聞こえない) 視力(普通・見えにくい・ほとんど見えない) 認知症状　なし・年相応・あり　　受け答えはできますか　　はい・いいえ・筆談 調査時別室での聞き取りを希望　する・しない

担当又は相談中のケアマネジャーがいればご記入ください

事業所名(　　)担当名（　　）・　いない

・新規申請の方　　受けたいサービスの種類にチェックをつけてください。
・更新申請の方　　現在利用中のサービスの種類にチェックをつけ、利用曜日をご記入ください。
・変更申請の方　　今後増回予定、新たに受けたいサービスにチェックをつけてください。

サービスの種類　（利用曜日）

□　訪問看護(　　)	□　デイケア(　　)	□　福祉用具貸与内容
□　訪問介護(　　)	□　デイサービス(　　)	
□　訪問リハビリ(　　)	□　ショートステイ(　　)	□　住宅改修内容
□　訪問入浴(　　)	□　小規模多機能ホーム(　　)	
□　グループホーム(施設名：　　)	□　特定施設入居者介護(施設名：　　)	
□　介護老人福祉施設　・　□　介護老人保健施設　（施設名：　　）		
その他：		

＜認定調査について＞

連絡先	フリガナ 氏　　名：　　（本人との関係　　）　電話　　－　　－ 携帯　　－　　－ ※連絡時の注意事項（連絡がつきやすい時間や避けてほしい時間帯等） 調査立会者：無・有（連絡先と異なる場合は⇒氏名：フリガナ　　本人との関係：　　）
調査日	※事前の電話連絡で調査日程を決めさせていただきますので、立会者含めご都合の悪い日、曜日、時間帯がある場合は、ご記入ください。なお、調査は原則平日の日中、１時間程度を予定しています。
調査先	※表の申請書の住所と異なる場合のみご記入ください。 住所：　　電話　　退院・転院予定 病院名又は施設名（　　）　（　　頃） ※病院の場合：　　病棟　　階　　号室
	調査員は車で伺います。駐車できる場所をご記入ください。（敷地内・　　） ペット(室内)　いない・いる（　　）