

受付入力	／	収納状況	滞・未 なし	調査日	月 日 () 時 分 (変更: 月 日 () 時 分)	調査員:	割	調査員:	意見書 発送	／	意見書 入力	／
						調査先:	当	主治医:				

介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書
要介護更新認定・要支援更新認定

北名古屋市長 様
次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被 保 険 者	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												
		被保険者証	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 要介護 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 ・ 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 入 院 入 所 の 有 無 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	
医療機関等の名称・所在地										期間			年	月	日	～			年	月	日				
医療機関等の名称・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・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

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、北名古屋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 確 認 票

- ・ 訪問調査を円滑に進めるため、ご記入をお願いします。
- ・ □のある項目は、該当するものにチェックをしてください。
- ・ 認定調査当日、必ず本人は調査先でお待ちください。

被保険者番号		氏名	
申請理由 (新規申請のみ)			
立会者	☐ 要 ☐ 不要		
	氏名	(続柄：)	
	TEL	*携帯電話など、日中に連絡のとれる番号をお願いします。	☐ 同居 ☐ 別居
調査先	☐ 住所地（自宅） ☐ 住所地以外（ ）		
	☐ 病院 ☐ 施設 * 退院・退所予定日（ ）		
	名 称 病棟（ ） 電話番号		
	所在地		
* ご記入の調査先に訪問いたしますが、変更になった場合はご連絡ください。			
主治医への 受診状況	前回受診日 月 日 （おおまかな日にちでも可）		
	次回受診日 月 日 （おおまかな日にちでも可）		
* 申請から次回受診日まで期間があくと、認定結果が遅くなることがあります。			
認知症状	☐ あり（主な症状： ） ☐ なし ☐ わからない		
都合の良い 曜日	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金		
都合の良い 時間帯	午前 ・ 午後 ・ 常時		
駐車場の有無	☐ あり（駐車場所： ） ☐ なし		
備考	* 申請・認定調査等に関して留意すべき事項がございましたらご記入ください。 * サービス利用日（デイサービス等）がございましたらご記入ください。		

市記入欄

証回収： ☐済 ☐未 ☐再交付申請