介護保険　要介護・要支援認定申請書

Ver.　2.1

宇部市長様
下記のとおり申請します。

申請区分	□ 新規　□ 更新　□ 変更　□ 転入	申請日	令和　　年　　月　　日

申請者等に関すること	申請者 提出代行者	氏名	フリガナ		本人との続柄等
		郵便番号	－	住所	
	電話番号	携帯番号	－	－	
		自宅	－	－	
		提出代行事業所	－	－	

被保険者本人に関すること	被保険者番号	個人番号		※個人番号記入がある場合は、添付書類等が必要です
	氏名	□ 申請者と同じ場合は左端□にチェックのみ フリガナ	性別 男・女	生年月日 M・T・S　年　月　日
	住民票の住所	□ 申請者と同じ場合は左端□にチェックのみ 宇部市		電話番号 －
	郵送先を住所地以外に希望する場合	〒　－		続柄（　　）方
	居所が住民票と異なる場合 ※入所・入院の場合は所在地と名称、その他の場合は住所と○○宅等			
	□ 入所 □ 入院 □ その他	TEL		
	入院の場合	病棟　階　号室	入院日　年　月　日	日にち不明の場合：今月　先月　ヶ月前頃
	介護度等	要支援　1　2	要介護　1　2　3　4　5	有効期間満了日　年　月　日
	ケアマネジャー	事業所名	□ 申請者と同じ場合は左端□にチェックのみ	電話番号：□ 申請者と同じ場合は上段□にチェックのみ
		氏名	□ 申請者と同じ場合は左端□にチェックのみ フリガナ	

意見書に関すること	医療機関名		主治医		
	意見書記載について主治医の承諾	有　無	1か月以内の受診	有　無	

2号被保険者の場合	医療保険者名			
	保険者番号		記号番号	
	特定疾病名			

介護サービス計画または介護予防サービス計画、若しくは介護予防ｹｱﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄを作成する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、宇部市から地域包括支援センター（高齢者総合相談センター）、居宅介護支援事業所、居宅サービス事業者若しくは介護保険施設の関係者、主治医意見書を記載した医師に提示することに同意します。

本人氏名（自署）

（代筆の場合）代筆者氏名

本人との続柄等	

※円滑・効果的な認定調査を実施するため、裏面のご記入をお願いします。

介護保険　要介護・要支援認定申請にあたり、調査に関する希望等調査票

調査の希望曜日等 ※希望がある場合記入		□　希望の曜日　□　都合が悪い曜日	月　火　水　木　金
		□ 希望の時間帯 □　都合が悪い時間帯	午前　午後　時頃
	理由	例）月と木はデイサービス利用のため	
調査場所 ※本人の居所以外の場合記入		※調査場所は、原則、自宅または入所・入院先です	
	理由		
訪問時の駐車場の有無		□ 車庫　□ その他　（　　）□ 無	

同席希望が有る場合	同席者氏名	フリガナ		本人との続柄等	□ 配偶者 □ 子（　　） □ その他 （　　）
	電話番号 （日中の連絡先） ※申請者と同じ場合は記入不要	携帯	□□□－□□□□－□□□□	電話の希望時間帯	
		自宅	□□□－□□□－□□□□	□ 午前　□ 午後	
		その他	□□□－□□□－□□□□	（　　）時頃	

調査時の注意事項	

新規申請の場合	本人の状況	□ 身体の支障あり　□ 認知症の症状等あり　□ 難聴あり	
	申請のきっかけ	□ 日常生活に支障がある　□ 家族　□ 医師　□ ケアマネ　のすすめ	
	サービスの希望	□ 家で使うサービス　□ デイサービスなどの通いのサービス □ 住宅改修　□ 福祉用具　□ 施設入所　□ 入院・転院　□ その他	
	世帯状況	□ 独居	
		□ 同居者あり	同居者は　□ 配偶者 □ 子（　　） □ その他　（　　）
		□ 同居者あるが日中独居	
変更申請の場合	・いつ頃、どのような変化があり、この変化により新たに困ったこと ・今後、新たに増やしたいサービスなど		
入院中の場合	入院の理由（傷病名等）		
	現在の状態と今後の見通し	□ 急性期　□ 回復期	