

2 3 2 1 7 3

□ □ □ □ □ □ □ □ □ □

0 5

0 0 0 1

介護保険(要介護・要支援)認定申請書

新規 新規(支⇔介) 更新 変更(支⇔支/介⇔介) 転入(転出元自治体：)
江南市長

次のとおり申請します。

年 月 日 申請

| | | | | | |
|------------------|----------------|---------------|--|----|-------|
| 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 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 | | |
| | 現在の居住地 | | <input type="checkbox"/> 住所と同じ(記入不要) <input type="checkbox"/> 施設入所中 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> その他 () 電話番号 | | |
| | 前回の認定結果 | | <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日 | | |
| | ※転入者のみ | | 現在、転出元自治体で要介護・要支援認定を申請中ですか。 はい ・ いいえ | | |
| 申 請 理 由 | | | | | |

| | | | |
|-------------|-------|--------------|--------------|
| 主 治 医 | 医療機関名 | 主治医氏名 | |
| | 所在地 | 〒 電話番号 | |
| | 受診状況 | ●最終受診日 年 月 日 | ●受診予定日 年 月 日 |

第2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)のみ記入

| | |
|-----------|--|
| 特 定 疾 病 名 | |
|-----------|--|

申請書を提出する人(被保険者本人の場合は記入不要)

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 家族など 氏 名： (申請者との関係：) 住 所： 電話番号： | <input type="checkbox"/> 提出代行者 () 1. 地域包括支援センター 2. 居宅介護支援事業者 3. 介護老人福祉施設 4. 介護老人保健施設 5. 介護医療院 名 称： 所 在 地： 電 話 番 号： |
|---|--|

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江南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。また、更新申請の場合、現在の有効期間内に認定を行うことができるときは、延期通知の省略に同意します。

被保険者氏名 (代筆者氏名 続柄)

2 3 2 1 7 3

□ □ □ □ □ □ □ □ □ □

0 5

0 0 0 2

<認定調査にあたって>

認定調査員がご自宅等を訪問し、心身の状況などをうかがいます。認定調査の日程調整を円滑に行うために必要となりますのでご記入ください。

| | | | | | | |
|--------------|---|--|---|--------|---|---|
| 調査の 同席者 | 同席の有無 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | | | | |
| | 氏名 | | | 本人との関係 | | |
| | 電話番号 | 自宅・携帯・その他 () | | | | |
| | 住所 | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 [<input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外 (都道府県 市区町村)] | | | | |
| 調査の 希望日 | 都合の良い曜日・時間帯に○を、都合の悪い曜日・時間帯に×をつけてください。 | | | | | |
| | | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 |
| | 午前 | | | | | |
| | 午後 | | | | | |
| 駐車場 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () | | | | (注意)路上駐車は違法行為になりますので、駐車場がない場合でも、駐車スペースの確保のご協力をお願いします。 | |
| 調査時の 留意事項 | | | | | | |

以下、市記入欄

| | | | | | | |
|----------------------------------|--|---------|--|---|--|--------------------------------|
| 確認事項 | | | | | | |
| 備考 | | | | | | |
| AD-II入力 | | 意見書依頼出力 | | 資格者証の発行 | | 受付者 (※2号保険者保険証確認) |
| / | | / | | <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 | | (□済) |
| 個人番号確認 | | 身元確認 | | | | 代理権確認 |
| <input type="checkbox"/> 個人番号カード | | 個人 | <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 | | | <input type="checkbox"/> 委任状 |
| <input type="checkbox"/> 通知カード | | | <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 負担割合証 <input type="checkbox"/> 医療保険証 | | | <input type="checkbox"/> 介護保険証 |
| <input type="checkbox"/> 住民票等 | | | <input type="checkbox"/> その他 | | | <input type="checkbox"/> 医療保険証 |
| <input type="checkbox"/> 保険者確認 | | 事業所 | <input type="checkbox"/> 支援専門員証 <input type="checkbox"/> 社員証 <input type="checkbox"/> その他 | | | <input type="checkbox"/> その他 |