

介護保険

要介護認定・要支援認定  
新規・更新・区分変更

申請書

福津市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 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		明・大・昭		年		月		日生		
	氏 名												(				歳)				
	住 所										〒										
											電話番号										
	現在の要介護認定 の結果等		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																		
	変更申請の理由		(変更申請の場合のみ)																		
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・所在地					期間		年 月 日～		年 月 日										
		介護保険施設の名称・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										
有・無		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 または 氏名	(担当・続柄 )									
	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									

2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、主治医意見書、福津市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を福津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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する（地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。）ことに同意します。

本人署名

代筆者署名 (※)

(続柄 )

理由：

※代筆者署名の場合は本人署名・代筆者署名と代筆を要する理由も記載



氏名が ( )

認定調査予約日時	月 日 ( )	9:00	10:30	13:30	15:00
調査希望日時など	曜日		時間帯		
家族の認定調査 立ち会いについて	家族の意向確認は 済 (立ち会う・立ち会わない) 月 日確認				
【立会者】	氏名	電話番号	連絡可能な時間帯		
家族 (続柄)	( )	自宅・勤務先・携帯			
その他 (続柄など)	( )				
認定調査実施場所	自宅 ・ 入所 (入院) 施設 ( )				
	駐車スペース あり (自宅駐車場・路上・( ))・なし				
意思疎通や調査時 気を付けて欲しい こと	あり ・ なし 物忘れなどがある・何でも出来ると答えてしまう・とても疲れやすい 未告知の病気がある (病名: )・耳が聞こえにくい 伝染性の病気がある (病名: )・言葉が出にくい その他 ( ) 別室での立ち会い者への確認 ( 必要 ・ 不必要 )				
最終受診日	年 月 日	次回受診日	年 月 日		
現在利用している サービス	<input type="checkbox"/> 居宅サービス (グループホーム、特定施設入所者生活介護を除く) <input type="checkbox"/> 施設サービス <input type="checkbox"/> グループホーム、特定施設入所者生活介護、介護用品給付 (オムツ)				

※保険者記入欄 (以下は記入しないでください)

受診要請	必要 ・ 不要	伝達	済 ・ 未 ( )		
受診日	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 (時間 )				
決定調査日	令和 年 月 日 ( )	時	分		
連絡事項など					