

介護保険

要介護認定・要支援認定
要介護更新認定・要支援更新認定

申請書

春日部市長 あて
次のとおり申請します。

該当の申請区分に○をつけてください

介護保険 被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	個人番号	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2
医療 保険	保険者名	春日部市						保険者番号	110148														
	被保険者 記号番号	記号	614			番号	11111			枝番	01												
被 保 者	フリガナ	カスカベ タロウ						生年月日	明・大・ 昭 11年1月1日														
	氏名	春日部 太郎						性別	男 ・女														
保	住所	〒344-8577 春日部市中央七丁目2番地						電話番号	〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇														
険 者	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	有効期限			から				まで													
		※14日以内に 他自治体か ら転入した 者のみ記入	転出元自治体(市町村)名「																				
		更新申請の場合は前回の介護度と有効期間を記入してください。																					
		入院・入所している場合は記入してください。																					
者	過去6月間の 介護保険施設、 医療機関等 入院、入所の 有無	介護保険施設等				期間	～																
		介護保険施設等の名称等・所在地				期間	～																
		医療機関等の名称等・所在地	春日部市立医療センター			期間	R8年4月1日～R8年4月30日																
		医療機関等の名称等・所在地																					
提出 代行 者	名称	春日部 花子 (妻)						被保険者の親族、または申請を代行する居宅介護 支援事業所等の名称を記入してください。															
	住所	〒 同上						電話番号〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇															

主治医	主治医の氏名	粕壁 次郎			医療機関名	春日部市立医療センター		
	所在地	〒344-8588 春日部市中央六丁目7番地1			電話番号	048-735-1261		

第2号被保険者(40歳から64歳までの)	特定疾病名	主治医の名前をフルネームで記入してください。 (しばらく受診がない場合は受診するようにしてください)	
----------------------	-------	---	--

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であるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査員等、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書、春日部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、春日部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(市が指定する情報連携システム又は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。また、更新申請において、申請日から30日以内に認定がなされない場合、現在の認定の有効期間内であれば認定延期通知の省略に同意します。

本人氏名	春日部 太郎	代筆	春日部 花子	続柄	(妻)
------	--------	----	--------	----	-------

認定申請に係る調査連絡票

※介護保険認定申請にかかる確認事項 (以下 わかる範囲でご記入ください。)

新規 更新

該当の申請区分にレ点をしてください。		(被保険者番号)
被保険者氏名		春日部 太郎 ・ 1234567890
日程調整先	・ 氏名 <small>しめい</small>	かすかべ はなこ 春日部 花子 (被保険者との関係) 妻
	・ 連絡先 (日中連絡可)	〇〇〇 (〇〇〇)
<input checked="" type="checkbox"/> 立会者 いる <input type="checkbox"/> いない	立会者氏名	担当ケアマネで調査可能な場合はケアマネの氏名、事業所名、調査できる旨ご記入ください。調査当日の連絡先もご記入ください。
	被保険者との関係	
調査場所 【自宅・その他】 どちらかに○をつけてください	病院名・施設名等：	入院入所中の方は病院、施設名称と入院入所の期間と病棟をご記入ください
	住所： 344-8577 春日部市中央七丁目2番地1	
メモ欄		
※ 2号被保険者の場合は特定疾病をご記入ください。		
・心身の状態像 について 例) 筋力低下、もの忘れあり		
・調査日について 例) 透析・通院のため月・水・金は不可 デイサービスのため木曜日は不可		
・入院・入所、退院・退所について 例) 令和7年1月末退院予定		
・駐車スペースについて		
・担当ケアマネジャー など		
備考 (職員記入欄)		
申請者： 認：有・無・不明	申請区分に関係なく調査員に伝えたい事項をメモ欄にご記入ください	