様式第８号（第７条関係）

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

（宛先）桑名市長　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			
		被保険者記号・番号	記号		番号		枝番
	フリガナ			生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日		
	氏　　名			性　別	男　・　女		
	住　　所	〒　　－ （自治会名　　）　　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　１　２　３　４　５　　要支援状態区分　１　２ 有効期間　　年　　月　　日～　　年　　月　　日				
		※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（市区町村）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月間の入院・入所の有無	有・無	入院・入所施設の名称等・所在地	期間	年　　月　　日 ～　　年　　月　　日		

提出代行者	名　称（氏　名）	事業所番号		担当者名	1．地域包括支援センター 2．居宅介護支援事業者 3．介護保険施設 4．その他（本人との関係　　）
	住　所	〒　　－　　電話番号			

主治医	医療機関名		主治医氏名	
			最終受診日	年　　月　　日/現在入院・入所中
	所在地	〒　　－　　電話番号		

★　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	

■ 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、桑名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、桑名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。

■ 市又は提出代行者から説明を受けた次の①～③について、同意の上、申請します。
①新規申請の場合、認定の有効期間は、申請日にさかのぼって適用されますが、認定の結果、「非該当」となった場合は、御利用されたサービスに係る費用は全額自己負担となること。
②更新申請の場合であっても、これまでと同じ介護度が保証されている訳ではないこと。
③更新申請の場合、現在の有効期間内に要介護認定される場合には、延期通知を省略されること。

市処理欄	届出者（本人・代理人）	個人番号	代理権
	□ マイナンバーカード □ 運転免許証 その他（　　）	□ 番号カード □ 通知カード 他（　　）	□ 委任状 他（　　）

本人氏名(自署)

代筆者　　本人との関係

※本人氏名を代筆した場合、代筆者は自署してください。

介護保険　申請連絡票

被保険者の氏名

1 訪問調査の日程調整先及び同席者　※調査員からの連絡は非通知の場合もありますのでご了承ください。

調査日時についての連絡先	本人との関係　□本人	氏名（カナ）	日中連絡可能な電話番号
調査の同席者	有 無	本人との関係　□連絡先と同じ	氏名（カナ）　※日頃の様子をお話いただける方

※同席者の有・無に〇をしてください

2 訪問調査場所　※普段の様子が分かる場所でお願いします。

□ 自　宅

□ 施　設　施設名：

□ その他　具体的な住所、場所名：

□ 入院中　入院先：　階　号室

入院理由：

退院の目途：　無　・　有（いつ頃か

3 訪問調査の希望日時　※調査は月曜日～金曜日の9時～16時で約１時間程度です。

□ いつでもよい

□ 連絡をもらった時に相談したい

□ 希望の日時がある(具体的に記入してください。)

4 介護保険サービス利用について

□ 現在利用中

・地域包括支援センター、居宅介護支援事業所及び担当者名

・介護サービス事業所、施設名及び担当者名：

・介護サービスの利用状況：

月　火　水　木　金　土　日

□ 利用を検討中

・地域包括支援センター、居宅介護支援事業所及び担当者名

・介護サービス事業所、施設名及び担当者名：

□ 利用していない

5 申請理由

□ 更新の期限がきた

□ 病院で勧められた

□ デイサービスなどの介護サービスを利用したい

□ 住宅改修、福祉用具を購入したい

□ その他　※ 以下に主な理由（体調不良など）を記入してください。

6 調査時に特別に配慮したほうがよい事やその他伝達事項等があれば、具体的に記入してください。

□ 本人調査後、別途聞き取り希望

市処理欄	保険証回収	済・未	資格者証発行	済・〒	保険料滞納	無・有	入力担当者	
申請書備考欄	申請者を事業所番号で入力しない場合	東部　西部　南部　北部西　北部東（該当包括に〇）＄調査場所　と入力						