

介護保険

要介護・要支援認定【新規更新介護変更】申請書

(あて先)八戸市長

次のとおり申請します

		申請年月日	平成	年	月	日						
被 保 険 者	被保険者番号	年齢	<input type="checkbox"/> 1号 (65歳以上の方) <input type="checkbox"/> 2号 (40歳～64歳の方)									
	フリガナ	生年月日	性別									
	氏名	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女						
	住所	(電話番号)										
	現在地 (自宅以外の場合)	<input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> その他										
	変更・介護 申請の理由	<input type="checkbox"/> 状態の悪化 <input type="checkbox"/> 状態の回復 <input type="checkbox"/> その他										
申請 歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	前回の認定等 の結果 (有の場合)	要介護状態 区分	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 要支援() <input type="checkbox"/> 要介護()								
			有効期間	平成	年	月	日	～	平成	年	月	日
過去6ヶ月間の 入所・入院の有無	医療機関または介護保険施設の名称等		期間	年	月	日	～	年	月	日		
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	医療機関または介護保険施設の名称等		期間	年	月	日	～	年	月	日		

申 請 代 行 者	名称 (氏名)	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 指定介護療養型医療施設		<input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 被保険者の家族 <input type="checkbox"/> その他 <small>家族、その他の場合 印は不要です</small>		
	住所	(事業所担当者名)				
		(電話番号)				

主 治 医	医療機関名	医師名	
	所在地	(電話番号)	
	主治医への確認	<input type="checkbox"/> 済 確認した日(平成 年 月 日)	

2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入		※申請の際は医療保険被保険者証をお持ちください。	
医療保険者名	医療保険被保険者証 記号番号		
特定疾病名			

同 意 書	介護サービス計画を作成するため等に必要があるときは、要介護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(更新申請・区分変更申請の場合は前回の情報も含む)、及び主治医意見書を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、介護保険施設の関係人、地域密着型サービス関係人、主治医意見書を記載した医師または主治医及び認定調査に從事した調査員に提示することに同意します。		
	本人氏名	<input type="checkbox"/> 印 代筆者氏名	続柄()

※以下は記入しないで下さい

受付	申請情報入力	台帳入力	主治医入力	備考
				資格証の発行(未・済) <input type="checkbox"/> 保険証の提出[有・無(保険証紛失・その他)] <input type="checkbox"/> 医療保険証の写し(2号の場合) <input type="checkbox"/> 提出代行者()

要介護認定申請書

用紙の名前	要介護認定申請書
使いみち	介護保険のサービス利用や費用支給を受けるためには、サービスを受けられる状態かどうかの認定(要介護認定)を受けることが必要です。 また、認定には有効期間がありますので、継続してサービスを利用する場合は必ず更新申請をしてください。
申請できる方	ご本人やご家族だけでなく、居宅介護支援事業者や介護保険施設による代行申請も可。
申請方法	直接窓口へ 本館1階介護保険課
受付時間	8:15～17:00
申請時に必要なもの	この申請書のほかに (1)介護保険被保険者証 (2)はんこ(申請書に押印欄があります) (3)医療保険証(40～64歳の方のみ)
申請書様式	<ul style="list-style-type: none"> PDF形式 [198KB pdfファイル] Excel形式 [73KB xlsファイル]
申請書記載例	<ul style="list-style-type: none"> 新規 [244KB pdfファイル] 更新 [243KB pdfファイル] 介護・変更 [250KB pdfファイル]
その他	要介護認定申請書は、 認定調査(訪問調査)連絡票 と一緒に提出してください。
問い合わせ	介護保険課 給付事業者グループ 内線583、584

[Eメールによる問い合わせ](#)

この組織からさがす: [市民健康部/介護保険課](#)

登録日: 2007年8月14日 / 更新日: 2012年2月29日

このページの場合: <http://www.city.hachinohe.aomori.jp/index.cfm/13,3800,48,126.html>

認定調査(訪問調査)連絡票

(この用紙は訪問調査員が調査をするために使用します)

資料3-2
新規 更新 介護 変更

※下記の該当部分■または✓をお願いします。

申請日 平成 年 月 日

被保険者番号		被保険者氏名	
前回要介護度	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 要支援() <input type="checkbox"/> 要介護()	有効期間	平成 年 月 日~平成 年 月 日
申請者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 氏名 関係	<input type="checkbox"/> 申請代行者 <input type="checkbox"/> 提出代行者	事業所名 電話番号 担当者名

◆調査日調整のための連絡先

※職場へ連絡希望の方は職場名もご記入ください

氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> その他 (氏名)	被保険者との関係	()
① 電話		連絡希望時間	
①以外の連絡先 (電話番号)		連絡希望時間	
被保険者が現在いる場所	<input type="checkbox"/> 自宅 (世帯主) <input type="checkbox"/> 自宅外 (住所)	電話番号	()
駐車場の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ない場合、近所に駐車できる場所()		()

◆調査時の留意事項

調査時同席者の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> その他 (氏名)	被保険者との関係	()
	<input type="checkbox"/> 無 (※調査後確認するための連絡先 氏名)	連絡先電話番号	()

★今回の申請についてご記入下さい。

①病歴・介護が必要となった背景 (介護の要因になったと思われる病気など)

②家族構成

③調査時の注意点(その他特に注意して欲しいことを記入)

④認知症状の有無 有 無

⑤難聴の有無 有 (強 中 弱) 無

⑥利用したいサービスの種類






★変更・介護申請の場合はこちらもご記入下さい。

変更・介護申請が必要な理由(前回申請時との違い)

★現在受けているサービス・利用曜日・通院の情報・受診曜日等

訪問介護		訪問看護	
訪問入浴介護		通所介護	
通所リハビリテーション		短期入所療養介護	
短期入所生活介護		福祉用具貸与	
居宅療養管理指導		住宅改修	
福祉用具購入		その他(通院日等)	

認定調査(訪問調査)連絡票

用紙の名前	認定調査(訪問調査)連絡票
使いみち	介護保険の認定を受けるためには、八戸市の職員や市から委託を受けた介護支援専門員が自宅等を訪問し、心身の状態などについて聞き取りをする認定調査が必要となります。認定調査連絡票には、調査日時等を決めるための連絡先・留意事項をご記入ください。
連絡票様式	<ul style="list-style-type: none"> • PDF形式 [107KB pdfファイル] • Excel形式 [55KB xlsファイル]
連絡票記載例	<ul style="list-style-type: none"> • 新規 [185KB pdfファイル] • 更新 [187KB pdfファイル] • 介護・変更 [191KB pdfファイル]
その他	認定調査連絡票は、 要介護認定申請書 と一緒に提出してください。
問い合わせ	介護保険課 給付事業者グループ 内線583、584

[Eメールによる問い合わせ](#)

この組織からさがす: [市民健康部/介護保険課](#)

登録日: 2007年8月14日 / 更新日: 2012年2月29日

このページの場所: <http://www.city.hachinohe.aomori.jp/index.cfm/13,3803,48,126.html>