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

受付

八王子市長　殿

次のとおり申請します。

申請年月日　年　月　日

①被保険者

個人番号			性別	男 ・ 女
被保険者番号			生年月日	明治・大正・昭和　年　月　日
フリガナ / 氏名				
住所（住民票上）	〒　TEL			
現在の居所	※ 上記以外の住所（病院・施設・親戚の家等）にいる方は、下の欄に記入してください。			
	〒　TEL		退院予定	未定 ・ 有（　月　日頃）

現在の要介護状態区分等	要介護1　要介護2　要介護3　要介護4　要介護5　要支援1　要支援2
有効期間	年　月　日 ～　年　月　日
申請理由	☐ ヘルパー等の利用を希望　☐ デイサービス等の利用を希望　☐ 福祉用具の利用を希望　☐ 住宅改修を希望 ☐ 介護保険施設に入院・入所中又は入院・入所を希望　☐ その他（　） ※ 要支援者の変更申請の場合は「その他」に理由を具体的に記入してください。

②認定調査

調査日等の連絡先	フリガナ / 氏名 / 被保険者との関係	※平日の昼間に連絡の取れる番号 TEL（携帯電話・勤務先・自宅）	
立会い希望	有 ・ 無	立会う方	家族（続柄：　）・ケアマネジャー ・ 施設職員 ・ その他（　）
本人の状況	配慮が必要（ 聴力 ・ 伝達能力 ）・その他（　）		

※主治医意見書の記入を依頼したい病院名（かかりつけ、入院先等）・主治医氏名を記入してください。
主治医にこの申請をしたことを伝え、主治医意見書の作成をお願いしてください。原則、主治医意見書の記入用紙は八王子市から主治医に送付します。

③主治医

フリガナ / 氏名	（　科）	医療機関	所在地	〒　TEL	
			フリガナ / 名称		
受診状況	定期的 ・ 不定期	最終受診日	年　月　日	次回受診予定日	年　月　日

④同意

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、八王子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、介護保険施設、若しくは地域ケア会議の関係人、又は主治医意見書を作成した医師等に情報提供することに同意します。

被保険者氏名

⑤提出者

住所（所在地）	〒　TEL	代行事業者記入欄	☐ 地域包括支援センター ☐ 居宅介護支援事業者 ☐ 指定介護老人福祉施設 ☐ 介護老人保健施設 ☐ 介護医療院
事業者名			
フリガナ / 氏名	被保険者との関係		

⑥担当者

※ 提出者とは別に担当者がいる場合（ケアマネジャー等）は記入してください。

事業者名	☐提出者と同じ
氏名	

医療保険

保険者名 ：　保険者番号 ：
記　号 ：　番号・枝番 ：

第2号被保険者

40歳から64歳の方は、特定疾病名及び医療保険を記入してください。

特定疾病名

事務処理欄

訪問調査日調整済 予定日　年　月　日 委託先	☐介護保険証回収 ☐資格者証発行 ☐質問票配付 事務所・包括【　】 担当：	身元確認 ☐個人番号カード(1) ☐運転免許証(1) ☐介護支援専門員証(1) ☐医療保険証(2) ☐介護保険証(2) ☐その他（　） ☐提示なし	代理権確認 ☐委任状 ☐介護保険証 ☐その他（　） ☐提示なし	個人番号確認 ☐個人番号カード ☐通知カード ☐その他（　） ☐提示なし	① ② ③