

別記様式第6号(第8条、第9条、第10条関係) ☐直営調査 ☐委託調査(委託先)

受 付	M C	調 査	意見書	調査票	意見書	突合	合 議	課 長	受 付	
入 力		委 託	依 頼	入 力	入 力	チ ェ ッ ク			番 号	
									受 理 日	年 月 日
									認 定 審 査 会 日	

介護保険 要介護認定・要支援認定（新規・更新・変更）申請書

近江八幡市長 宛 年 月 日
次のとおり要介護認定等について申請します。

被 保 険 者 (本 人)	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		
	特定疾病名		第2号被保険者(40歳以上65歳未満の医療保険加入者)の方のみ記入してください。						
	フリガナ						性 別		
	氏 名						生 年 月 日	年 月 日	
	住 所		〒				電話番号 ()		
	現在の認定結果 (認定期限切れで新規申請の方は、前回の結果を記入してください。)								
	要 介 護 ()		要 支 援 ()		有効期間		年 月 日 ~ 年 月 日		
	現在の入院・入所先		有 無	病院・施設の名称(病棟)及び所在地				入院・入所期間 年 月 日 ~ 年 月 日	

* 主治医意見書作成を依頼する医療機関の名称及び所在地並びに医師の氏名を記入してください。

主 治 医	医 療 機 関 名			主治医の氏名			直近の受診日
	所 在 地	〒				(前回) 月 日 (次回) 月 日	

* 訪問調査の立会者を記入してください。

調 査	フリガナ			本人との関係			昼間に連絡可能な連絡先	()	
	立会者								
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・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果及び意見並びに主治医意見書を、近江八幡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若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。 また、更新申請の場合であって、認定の有効期間内に更新認定を行うことができるときは、延期通知を省略することに同意します。 被保険者氏名 (代筆者 本人との関係) ※被保険者氏名は必ず記入してください。代筆者は親族・法定後見制度の受任者のみ可。ケアマネジャー・施設職員は不可。									

* 本人に代わり、家族又は指定居宅介護支援事業所、地域密着型老人福祉施設若しくは介護保険施設及び地域包括支援センターが申請を行う場合は、下記の欄を記入してください。(本人が申請する場合は不要)

(提出代行者)	フリガナ			本人との関係		
	氏 名 (事業所名)					
	住 所	〒			電話番号 ()	

(市記入欄)

調 査	日 時	年 月 日 ()		時 分	調 査 員
	(再調整)	年 月 日 ()		時 分	

来庁者	様	問診票提出	済 () 未 ()	調査予約	家・CM	様	病院・施設	様
備考	☐ 2号 ☐ 期限切れ ☐ 要支援からの区分変更 ☐ 緊急 () ☐ 生保2号						／ 意見書依頼 ／	

通 知 等 送 付 先	本人の氏名及び住民票上の所在地以外を送付先に指定する場合は、「送付先変更申請書」を提出してください。既に提出されている場合は、ご指定の住所へ通知等を送付します。	
	☐ 被保険者宛(本人宛)	☐ 送付先変更申請書 提出済
	☐ 窓口手渡し対応 (	手渡し) → 委任状預かり 済 ・ 未

介護保険 要介護認定・要支援認定申請 に伴う確認事項		
●サービス利用状況	《居宅介護支援事業所名》	《担当ケアマネジャー》
	()	()
☐ デイサービス	月 火 水 木 金 土 日 (事業所名 :	)
☐ 通所リハビリ	月 火 水 木 金 土 日 (事業所名 :	)
☐ 訪問介護	月 火 水 木 金 土 日 (事業所名 :	)
☐ 訪問看護	回 / 月 (曜日) (事業所名 :	)
☐ (看護)小規模多機能型居宅介護	通い : 回 / 月 (事業所名 :	)
	訪問介護 : 回 / 月	
	訪問看護 : 回 / 月	
	泊まり : 回 / 月	
☐ ショートステイ	泊 日 回/月 (事業所名 :	)
	【直近の利用期間】 / ~ /	
	【次回利用予定】 / ~ /	
☐ 福祉用具貸与	(品目 :	)
☐ その他	(	)
●前回の認定時から大きく変わったところ (変更申請の場合は、変更理由を必ず記入してください。)		

注) 1 介護保険の被保険者証と医療保険被保険者証をご持参ください。

(市記入欄)

調査時の留意事項	申請受付時確認事項
○駐車場 : 有 ・ 無 ()に駐車	○ 被保険者証 回収 ・ 未回収
○調査場所 : 自宅 ・ その他の場所 ()	○ 資格者証 渡済 ・ 未
	○ 保険料・滞納(新規・更新・変更) 有 ・ 無
	保険G 確認チェック ☐