

三鷹市介護保険 要介護 要支援 [ 新規・更新・区分変更 ] 認定申請書

(あて先) 三鷹市長  
次のとおり申請します。

\*該当する申請区分に○をつけてください  
要支援の方が要介護に区分変更する場合は  
「新規」になります。

個人番号

12 digit personal number input boxes

Main applicant information table including insurance number, name, address, and previous status.

Applicant details table including name, relationship, address, and representative name.

Physician information table including name, clinic, and recent consultation dates.

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 ※医療保険証の写しを添付してください。

Insurance details table including policyholder name, address, and specific conditions.

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・意見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、また利用者負担割合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若しくは介護保険施設の関係人に提示することに同意します。

更新認定の申請から30日以内に認定がされない場合、現在の認定の有効期間内であれば、市が認定延期通知の送付を省略することに同意します。

※ 申請内容は、電子計算組織に記録されます。

収 受 印

Dependency and processing date table.

Applicant name input box.

Official stamp area.

# 認定調査連絡票

この連絡票をもとに、調査日時をご相談させていただきます。該当する□にチェックを入れ、記入してください。

フリガナ			
氏名		住所	(電話番号: )
現在生活 されている ところは どこ ですか?	<input type="checkbox"/> 自宅 (住民登録のある住所) <input type="checkbox"/> 表面記載の病院 又は 施設に入院 (所) 中 <input checked="" type="checkbox"/> 病院を退院・転院 又は 施設を退所する予定はありますか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり      月      日 予定 <input checked="" type="checkbox"/> 病院を退院・転院 又は 施設を退所後のご予定は? <input type="checkbox"/> 自宅へ <input type="checkbox"/> 病院・施設へ      名称 _____  住所 _____ 電話番号 _____ <input type="checkbox"/> 住民登録地以外にお住まいの方は、次にご記入ください。 名称 _____ 住所 _____ 電話番号 _____		
調査に立ち 会う方は、 いらっしゃ いますか?	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり      フリガナ 氏名 _____ 続柄 _____ 平日日中の連絡先電話番号① _____ ② _____		
都合の悪い 曜日や時間	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり [ _____ ]		
調査時留意 すべきこと			

\*代理人を定め、申請する場合は下欄を必ず記入してください。

表面の事項につき、下記の者に委任します。委任者(被保険者本人) _____
代理人氏名 _____
被保険者との関係 ( _____ )

\*三鷹市記入欄

個人番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 個人番号確認書類 <input type="checkbox"/> システム (番・介) <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )	身元確認	個・住B・運・パ・身・精・ 居介・官公・他 ( _____ ) 介保・介負・健保・年金・ 保護・他 ( _____ ) 診・キャ・クレ・通・公料・ シルバー・他 ( _____ )	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> 代行 <input type="checkbox"/> 郵送	代理権の確認	<input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 介保 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )