

菊池市長 様
次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

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							
被 保 険 者	フリガナ		-----										生年月日		明・大・昭				年		月		日	
	氏 名												性別		男 ・ 女									
	住 所		〒										〔 行政区: 〕											
													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									
					有効期限 年 月 日 から										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																				
介護保険施設 医療機関等の 入院・入所 の有無		医療機関等の名称・所在地										期間 年 月 日～ 年 月 日												
		介護保険施設の名称・所在地										期間 年 月 日～ 年 月 日												
有・無																								

申 請 提 出 者	事業所名		該当に○(地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院)																		
	申請者氏名		該当に○(家族・本人・ケアマネージャー・職員・民生委員・その他)																		
	住 所		〒										電話番号								

主治医	主治医氏名												医療機関名											
	所在地		〒										電話番号											

第二号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)のみ記入

特定疾病																		
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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、菊池市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、居宅サービス事業所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また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。
(更新申請の場合のみ)私は、申請から30日以内に認定がない場合は、現在の認定の有効期間内であれば、認定延期通知の省略に同意します。

本人氏名

代理権確認	確認 ✓	身元確認	確認 ✓	返却サイン	番号確認	確認○	返却サイン
委任状		番号カード			番号カード	写し/原	
官公所発行証		運転免許証			通知カード	写し/原	
介・負・健・年		官公所発行証(写真付)			住民票	写し/原	
(法定代理人)		2点提示					

様式第8号(第7条関係)

認定調査連絡票

調査員が訪問する際の参考にさせていただきますので、下記の事項について該当するものに○をつけ、具体的な状況等についてご記入ください。

		調査対象者氏名	
■新規申請の理由（※緊急の対応を要する方は、その旨ご記入ください。）			
■更新申請の方で、前回申請から今日までの間に身体の状態等に変化があった方は、内容についてご記入ください。			
■入院(所)中の方はこちらへご記入ください。		■左記以外で、普段の生活が自宅以外の方はこちらへご記入ください。	
入院(所)・・・年 月 日から		例)ご家族宅・事業所の宿泊サービスご利用中など	
病院(施設)名：		住所：	連絡先：
退院(所)の予定・・・なし・・・あり(年 月 日頃)			

■現在利用中のサービスの曜日と時間帯をご記入ください。今後新たに利用を希望するサービスには、△をつけてください

サービスの種類	曜日・時間帯・事業所名		サービスの種類		
ホームヘルプサービス			福祉用具貸与品目		
デイサービス			福祉用具購入品目(過去半年)		
デイケア			住宅改修		未 ・ 済
訪問看護			特別養護老人ホーム		入所中 ・ 入所申込み中
訪問リハビリ			介護老人保健施設		入所中 ・ 入所申込み中
ショートステイ		月 日 ～ 月 日 (または、曜日)	介護医療院		入所中 ・ 入所申込み中
訪問入浴サービス			グループホーム		入所中 ・ 入所申込み中
小規模多機能型居宅介護			ケアハウス		入所中 ・ 入所申込み中
特定入所者生活介護		入所中 ・ 入所申込み中			

■普段の生活の様子について、あてはまるものに○をつけ、状況をご記入ください。

【移動】	つかまらず可・杖が必要・シルバーカー・車イス・その他()
【食事】	自分で食べる・手伝ってもらう・その他()
【入浴】	自分で身体を洗える・手伝ってもらう・その他()
【着替え】	自分で着替える・手伝ってもらう・その他()
【トイレ】	自分で行く・手伝ってもらう・紙パンツ・オムツ・パッド・ポータブル・その他()
【日常会話のやりとりについて】	できる・できない
【透析】	有 ・ 無 (有の場合： 曜日をご記入ください。)
【物忘れ等、気になる症状があればご記入ください】	

■かかりつけ医の状況についてご記入ください。

定期受診・・・していない・・・している(最終診察日：年 月 日頃)

■認定調査について

本人のみ・・・必ず同席を希望します・・・病院、施設の担当職員の方に任せます
※同席を希望する方は、日中の連絡先をご記入ください。
【氏名】 【続柄】 【連絡先(自宅・携帯)】
※お伺いする日程について都合のよい日を、3日程度ご記入ください。

市記入欄				
介護保険料納付区分	特徴 ・ 普徴	2号被保険者 生保受給の有無	有 ・ 無	
未納	有 ・ 無	(有の場合) 未納額		円
■未納時の対応状況(対応者、連絡先等)				
■介護保険以外の福祉サービス確認 (有の場合) 包括支援係へ連絡済 ・ 連絡未				
MCWEL 特記事項確認	ふれあいデイ ・ ふれあいヘルパー (有 ・ 無)			
■介護保険被保険者証 回収済 ・ 調査時 ・ 紛失	■資格者証の交付について 交付済 ・ 調査時			