別記様式第11号（第8条関係）

介護保険（要介護認定・要支援認定／要介護認定区分変更・要支援認定区分変更）申請書

（宛先）今治市長

次のとおり申請します。　　申請年月日　　年　　月　　日

被保険者	被保険者番号			個人番号			
	医療保険	保険者名		保険者番号			
		被保険者証	記号		番号		枝番
	フリガナ			生年月日	大・昭　年　月　日		
	氏名			性別	男・女		
	住所	〒 電話番号					
	前回の要介護認定の結果等	要介護状態区分　1　2　3　4　5　要支援状態区分　1　2					
		有効期間　年　月　日　から　年　月　日まで					
	変更申請の理由						
	現在の介護保険施設・医療機関等入院、入所の有無	介護保険施設等の名称		期間　年　月　日～　年　月　日			
	有・無	医療機関等の名称		期間　年　月　日～　年　月　日			

提出代行者	名称	該当に○（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）
	住所	〒 電話番号

主治医	主治医の氏名		医療機関名		
	所在地	〒 電話番号			
受診状況（入所者は記入必要無）	月に　回	最近の受診日		受診予定	

第二号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

特定疾病名	

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、主治医意見書、今治市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、今治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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する（地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。）ことに同意します。

要介護認定調査事業者名	

本人氏名

代筆者
氏名・続柄

（裏面も記入してください。）

訪 問 調 査 連 絡 票

この連絡票をもとに調査員が電話で連絡のうえ、訪問調査日時をご相談させていただきます。

<table>
<tr><th colspan="2">被　保　険　者　番　号</th><th colspan="2">被　保　険　者　氏　名</th></tr>
<tr><td colspan="2">　　　　　　　　　　</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">訪問調査先
（住民票と違う場合のみ）
どちらかに
〇をつける</td><td>住　　所
（マンション等の方は棟名及び部屋番号までご記入ください。）</td><td colspan="2">（　　）方
電話番号：
※駐車する場所の有無　有　・無</td></tr>
<tr><td rowspan="2">入院、入所先
（医療入院中、介護保険施設、ケアハウス、グループホーム等に入所している場合）</td><td colspan="2">※入院の方はできる限り病室の部屋番号まで記入してください。
（　　号室）</td></tr>
<tr><td>退院退所予定
※該当に〇</td><td>有（　　月　　日予定）　　無</td></tr>
<tr><td colspan="2">同居人の有無</td><td colspan="2">有　　・　　無（独居）</td></tr>
<tr><td colspan="2">同席希望の有無</td><td colspan="2">有　　・　　無</td></tr>
<tr><td colspan="2">同席希望される方は
ご記入ください。
※こちらに記入した方へ調査日時について調査員から連絡します。
対象者の日頃の状況をよくご存じの方にお願いします。</td><td colspan="2">氏　名（フリガナ）……被保険者との関係……
住　所……
……
電話番号（日中昼間）……</td></tr>
<tr><td colspan="2">都合の悪い曜日や時間帯
※どちらかに〇</td><td colspan="2">有（　　）　無</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">その他連絡先
※同席者以外で伝えたいことがある方は記入してください。</td><td>氏　名（フリガナ）</td><td>被保険者との関係</td></tr>
<tr><td>電話番号</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">備　　考
申請理由・希望する介護サービス等
※入院中の方はどのような理由で入院されているか記入する。</td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

調査時に留意して欲しいことなどある場合は備考欄に記入してください。