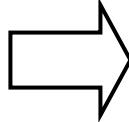


申請入力	保険者証返還	資格者証	意見書	
	済・調査時・紛失		新規・継続	在宅・施設
チェックリスト		調査担当地区	調査員名	
未実施・申請同時実施（該当・非該当）				

介護保険の申請を行う前に確認してください。

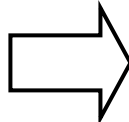
○ 申請前の確認事項

1. 医療機関（主治医）の先生に、
介護保険の申請をすることを
伝えてありますか。



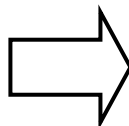
※伝えていない方は、先生に申請
をすることを伝えてください。
※医療機関（主治医）にかかって
いない方は、高齢者支援課へ御
相談ください。

2. 医療機関（主治医）の先生に、
診断の書類（主治医意見書）を
記載していただくことを確認
していますか。



※介護認定に必要な書類のため、
市が医療機関へ依頼しますが、
記載していただけることを確認
してください。

「入院中の方にお尋ねします。」
3. 病状は安定していますか。



※病状が安定していない場合は、
病院の看護師ではなく、医療相
談員に介護申請について相談し
てください。病状が安定した後
に申請をお願いします。

【添付書類】

※ 「介護保険被保険者証」「訪問調査事前確認票」を一緒に提出してください。

【注意事項】

◎申請日は、市が申請書を受け取った（窓口に出した）日となります。

◎郵送の際は、市役所（木田庁舎）、各総合事務所、南北出張所の窓口に着した日が申請日となります。消印日を申請日とはみなしません。

訪問調査では、日常生活の状況について申請者御本人と介護者の方にお話をお聞きします。
訪問は月曜日から金曜日の午前9時から午後3時50分までの間で実施しています。
(所要時間は約1時間です。)

被保険者氏名	
家族構成 (ひとつに○)	・ひとり暮らし ・65歳以上の高齢者のみの世帯 ・その他の世帯（申請者本人を含め家族 名）
調査場所 (ひとつに○)	・在宅 ・<u>入院・入所中</u>（病院・施設名： 病棟： ） ・その他（ ）

☐ 本人 (申請された方) ☐ ご家族 ☐ その他	フリガナ 氏名：_____ 続柄：_____ 住所（本人と異なる場合に記入） ：_____ 事業所等：_____ 電話番号：_____
調査にうかがう際 都合の悪い日時等	

☐ 上記日程調整者 ☒ その他 ☐ 立会者なし	氏名： 住所： 事業所等：	続柄： 電話番号：
	備考欄	

(記入者：)

※上越市記入	保険者証返還	調査担当地区	調査員名	点検者
	済・調査時・紛失			