

記入例

要介護・要支援 認定申請書 (新規・更新・**変更**)

香取市長 様 次のとおり申請します。

申請日	△△年 ○○月 □□日	保険料	
申請者氏名	介護 太郎	被保険者との関係	長男
申請者住所	〒287-xxxx 香取市佐原口2127 電話番号 0478-△△-xxxx		
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)		

申請者欄は、実際に窓口へ申請書を持参(または郵送)する方の氏名などを、ご記入ください。

被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7	後期高齢者医療被保険証をお持ちの方は記号・枝番のご記入は不要です。	7 6 5 4 3 2 1 0 9 8
医療保険	被保険者名	000組合	12345
	被保険者証	記号	987
		番号	123456789
		枝番	01
フリガナ	カイゴ ハナコ	性別	生年月日
氏名	介護 花子	男・ 女	明治 〇〇年 ××月 △△日 満年齢 88 歳
住所	〒287-xxxx 香取市 佐原口2127 電話番号 0478-△△-xxxx		
現在の要介護認定	[要介護] 〇 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 [要支援] 1 ・ 2	申請履歴 有 ・ 無	
	[有効期間] 〇〇年 ××月 △△日 から 〇〇年 ××月 △△日	転入継続: 転出元市町村 ()	
申請の理由 (新規・変更の場合)	状態悪化のため		
介護保険施設・医療機関等入所入院の有無 (短期入所は除く)	有 ⇒ [入院・入所 施設名] 〇〇病院	現在、入所中や入院中の場合は、「有」に〇をして、名称などを記入して下さい。短期入所は記入不要です。	
	無 [所在地]		
調査場所	<input type="checkbox"/> 自宅(上記の被保険者住所) <input checked="" type="checkbox"/> 入所・入院先(上記の施設等)	関係先名: 例: 長女〇〇宅、短期入所先〇〇〇など	
	<input type="checkbox"/> その他…住所: 必ずご希望に <input checked="" type="checkbox"/> をしてください。「その他」の場合は、詳細をご記入ください。		

主治医	医療機関名	〇〇病院	主治医氏名	千葉 一郎
	所在地	〒287-xxxx 香取市×× 1234	区分	新在・継在 新施・継施

■ 2号被保険者(40歳から64歳)のみ記入

特定疾病名	脳血管疾患	申請時、介護を受ける方が40歳～64歳の場合ご記入ください。
-------	-------	--------------------------------

■ 留意事項

- 介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成するために必要があるときは、要介護・要支援認定にかかると認定調査員、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又は介護保険施設の関係者に提示する。
- 主治医意見書を記載した医師から求めがあるときは、要介護・要支援認定の結果を同医師へ提供すること。
- 申請から30日以内に認定がされない場合は、現在の有効期間内であれば、処分延期通知の省略に同意する。

★記入漏れにご注意ください。

(被保険者) 本人氏名 **介護 花子**

■ 調査の立会いについて

家族・親族の立会いが出来る場合	立会い者氏名	介護 梅子	続柄	長男の妻	日中の連絡先	090-□□□□-△△△△
家族・親族の立会いが出来ない場合 (施設や医療関係者など)	家族・親族に代り、立会う方の氏名			調査時に立会いが可能な方を、ご記入ください。調査日程は申請時(または申請後)に調整いたします。	被保険者との関係	
	家族・親族に代り、立会う方の連絡先					

※職員記入欄

申請者確認 免許証・保険証 調査日時 / () :
個人番号カード・その他() 調査員名