

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	香取市佐原口2127		電話番号	0478-△△-××××																
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)																			
被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
医療保険	保険者名	〇〇〇組合		保険者番号	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			満年齢												
氏名	介護 花子			男・女	明治 〇〇年 ××月 △△日 昭和			88 歳												
住所	〒287-×××× 香取市 佐原口2127			電話番号			0478-△△-××××													
現在の要介護認定	[要介護] 1・2・3・4・5 [要支援] 1・2			申請履歴 有・無			転入継続: 転出元市町村 ()													
申請の理由 (新規・変更の場合)	デイサービスを利用したい																			
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...施設名]			現在、入所中や入院中の場合は、「有」に○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。			転入により転出元市町村の介護度を引き継ぐ場合のみご記入ください。												
調査場所	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅(上記の被保険者住所)			<input 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☑をしてください。「その他」の場合は、詳細をご記入ください。			電話番号:																
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-×××× 香取市×× 1234		電話番号	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。
-------	-------	--------------------------------

■ 同意欄

- 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します。(変更の旨のみ)

★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

個人番号カード・その他()

調査日時

調査員名

/ () :