

介護保険 申請書

要介護認定・要支援認定
要介護更新認定・要支援更新認定
要介護認定区分変更・要支援認定区分変更

※ 必須項目
※ 該当の場合のみ記入

美祿市長様
次のとおり申請します。

新規 | 要支援者の要介護新規 | 区分変更 | 更新 | 転入

申請年月日 ○年△△月△△日

申請者氏名	美祿 花子	本人との関係	長男の嫁
提出代行者名称	該当に○(地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設・介護医療院) 印		
申請者住所	〒759-2200 美祿市○○町△△43番地21 電話番号 □□□□-○○-****		

記入される方の、氏名、関係、住所、電話番号を記入

介護保険被保険者証の番号を記入(わからない場合は空欄で可)

個人番号を記入(わからない場合は空欄で可)

被保険者番号	0501234567	個人番号	
フリガナ	ミヅノ	生年月日	明・大 昭 ○年△月□日
氏名	美祿 太郎	性別	男・女
住所	〒759-2200 美祿市○○町△△12番地34		
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 有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日 転出元自治体(市町村)名 [] ※14日以内に他自治体から転入した者のみ記入 現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。はい・いいえ (既に認定結果通知を受けている場合は「いいえ」を選択してください) 「はい」の場合、申請日 年 月 日		
サービス利用状況	サービス利用	あり・なし	今後のサービスの利用意向 あり・なし
申請の理由	※更新・転入以外は記入		
現在の介護保険施設・医療機関等入所の有無	名称	○○○病院	入所(院)年月日 : 平成31年1月1日
有・無	所在地	美祿市* * 町□□99番地 電話番号 ○○○○-□□-****	
認定調査の同席希望の有無	同席される方の連絡先(日中確実に連絡のつくところをご記入ください。)	(フリガナ) ミヅノ 花子 (調査対象者との関係) 長女	
有・無	同席者氏名	秋芳 梅子 電話番号: △△△△-××-○○○○	
(認定調査実施場所が住所と違う場合や、その他、認定調査時に注意すべき事項等あれば記入してください。)			

認定を受ける方の状況を記入

介護認定を受けていた方は、介護保険被保険者証の(二)の前の要介護状態区分と認定の有効期間を記入(わからない場合は空欄で可)

入院、入所の有無に○を記入

新規、区分変更申請の場合のみ、理由を記入

認定調査時の同席希望の有無に○を記入

病院に入院中、もしくは介護保険施設に入所の場合は、名称、所在地、入所(院)された日を記入

認定調査の際に、同席の希望があれば、氏名、関係、電話番号(日中確実に連絡のとれる番号)を記入

かかりつけの医療機関名と主治医を記入
※別添『介護保険主治医意見書のための調査表』に記入の上、ここへ記載した主治医へ提出

1ヶ月以内の受診の有無と受診予定日を記入(入院中の方は記入不要)※1ヶ月以内の受診や受診の予定がない場合は、受診が必要になることがあります。

40~64歳の方のみ記入。特定疾病名は別紙参照。※健康保険証の写しも添付してください。

主治医	主治医の氏名	美東 一郎	医療機関名	○○○病院
	所在地	〒 美祿市* * 町□□99番地 電話番号 ○○○○-□□-****		
1ヶ月以内の受診状況	●受診 有・無 ●受診予定 有(年 月 日)・無	※入院・施設入所中の方は記入不要(病院に入院中の方は、病院に相談してから申請してください。)		

第2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入 ※健康保険証の写しを添付してください。

医療保険者名	医療保険被保険者証記号番号
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、及び主治医意見書を、美祿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又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。

市 申請 入力 認定 依頼日 意見 依頼日	本人氏名	美祿 太郎
市記入欄		

番号確認	個人カード・通知カード・住民票(番号付)・住基確認・その他()	確認者印
本人確認	個人カード・免・保(介・健)・その他()	
代理人確認	免・保(介・健)・身分証(名札等)・その他()	

認定を受ける方(被保険者名)の名前を記入(代筆可)