

介護保険 要介護認定・要支援認定申請書



記入例

新規 要支援要介護新規 更新 転入

(宛先) 知多北部広域連合長

(状態が 悪化・改善)

次のとおり申請します。

※介護保険被保険者証を添えて提出してください。

被 保 険 者 (認定を受ける方)	申請年月日	〇〇年 8月 6日		個人番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 1 2 3									
	フリガナ	コウイキ タロウ			被保険者番号	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6								
	氏名	広域 太郎			生年月日	大正	12年 3月 4日			性別	<input checked="" type="radio"/> 男・女			
	住所	〒477-0000 東海市〇〇町〇〇番地						電話番号	052-000-0000					
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				31日まで									
	14日以内に他の自治体から転入した方は記入してください。				この欄は、更新申請など、介護認定されている場合に記入してください。									
現在の状況 ※□にレ点 を付けて ください。	<input checked="" type="checkbox"/> 居宅 <input type="checkbox"/> 介護保険施設入所 <input type="checkbox"/> 短期入所・医療機関入院等													
	施設名等 ()													
	調査希望場所				<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他(施設名等)									
	フリガナ 調査同席者	コウイキ ハナコ 広域 花子			被保険者との関係	妻			電話番号	052-000-0000				
主 治 医	医療機関名	連合クリニック				施設入所 の方のみ	<input type="checkbox"/> 嘱託医 <input type="checkbox"/> 嘱託医以外							
	医師名	介護 松司			〔診療 科目 内科〕	直近の受診日	〇〇年 7月 27日							
	所在地	〒474-0000 大府市〇〇町〇丁目〇〇番地						電話番号	0562-00-0000					
主治医がない場合(指定医)														

※申請者欄は、被保険者本人が申請する場合は記入不要です。

申 請 者	該当する項目 の□にレ点 をつけて ください。	<input checked="" type="checkbox"/> 家族(被保険者との関係: 妻)				家族以外が申請する場合に、記入押印してください。					
	氏名	広域 花子			提出代行者 名	印					
	所在地	〒 同上						電話番号	同上		

2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)のみ記入 ※医療保険証を提示してください。

医療保険者名				医療保険被保険者 証記号番号								
医療保険者番号				加入年月日	年 月 日							
特定疾病 ※□にレ点 を付けて ください。	この欄は、被保険者が40歳から64歳の場合に記入してください。											
<input type="checkbox"/> 多系統委縮症 <input type="checkbox"/> 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 閉塞性動脈硬化症 <input type="checkbox"/> 慢性閉塞性肺疾患 <input type="checkbox"/> 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症												

裏面あり

同意署名欄	<p>1 情報提供の同意・・・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・要支援認定に係る調査内容、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、知多北部広域連合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、介護保険施設の関係人又は主治医意見書を記載した医師に提示することに同意します。</p> <p>2 延期通知省略の同意・・・現在の有効期間内に認定が行われる場合、認定延期の通知をしないことに同意します。</p> <p>(本人が署名できないため、署名を代筆する場合には、代筆者の氏名も併せてご記入ください。)</p>
	<p>被保険者署名 広域 太郎 代筆者氏名 広域 花子</p> <p style="text-align: right;">(被保険者との関係 妻)</p>

* 事務処理欄

被保険者証	番号確認	身元確認		代理権の確認
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 介護保険証	<input type="checkbox"/> 委任状
資格	この欄は、事務処理欄になりますので、空欄のままご提出ください。			保険者証 1点
<input type="checkbox"/> 発	<input type="checkbox"/> 住民票等	<input type="checkbox"/> 他()	<input type="checkbox"/> 他()	
<input type="checkbox"/> 未発行				

課長	係長	受付者