

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

受付印

(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 12月 6日		個人番号																
	フリガナ	コウイキ タロウ			被保険者番号	0000123456														
	氏名	広域 太郎			生年月日	大正	12年 3月 4日			性別	男・女									
	住所	〒477-0000 東海市〇〇町〇〇番地						電話番号	052-000-0000											
	医療保険	保険者名	※健康保険証を提示してください。 東海市国民健康保険			保険者番号	230235													
		被保険者証記号	番号			123456			枝番	00										
	前回の要 介護認定 の結果等	要介護状態区分 1・2・ <b>3</b> ・4・5				要支援状態区分 1・2				有効期間 〇〇年 2月 1日から 〇〇年 1月 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。	転出元自治体(市町村)名[ ] 現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 (すでに認定結果通知を受け取っている場合は、「いいえ」を選択してください) はい・いいえ 「はい」の場合、申請日 年 月 日																	
	現在の状況 ※□にレ点 を付けて ください。	<input type="checkbox"/> 居宅 <input checked="" 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 ( 介護老人保健施設〇〇の里 )																		
		調査希望場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> その他(施設名等 介護老人保健施設〇〇の里 )									フリガナ 調査同席者	アイチ ウメコ 愛知 梅子		被保険者との関係	ケアマネジャー		電話番号	052-999-9999	
主治 医	医療機関名	連合クリニック				施設入所 の方のみ	<input checked="" 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 type="checkbox"/> 家族(被保険者との関係: ) <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設 <input checked="" type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 指定介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> その他(被保険者との関係: )											
	氏名	愛知 梅子			提出代行者 名 称	介護老人保健施設〇〇の里 施設長 荒尾 竹雄						〇〇の 里 の 長 之 印	
	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				

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。

特定疾病名 ※□に 付け い。	<input type="checkbox"/> がん(がん末期) <input type="checkbox"/> 関節リウマチ <input type="checkbox"/> 筋萎縮性側索硬化症 <input type="checkbox"/> 後縦靭帯骨化症 <input type="checkbox"/> 骨折を伴う骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 初老期における認知症 <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					
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。						

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 <b>広域 太郎</b></p>	<p>代筆者氏名 <b>愛知 梅子</b></p> <p>(被保険者との関係 <b>ケアマネジャー</b>)</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
資格者証	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	1点 <input type="checkbox"/> 運転免許証	2点 <input type="checkbox"/> 健康保険証	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証
<input type="checkbox"/> 発行済		確 <input type="checkbox"/> 障害者手帳	確 <input type="checkbox"/> 年金手帳	<input type="checkbox"/> 介護保険料納付書 1点
<input type="checkbox"/> 未発行				
健康保険証				
<input type="checkbox"/> 原本				
<input type="checkbox"/> コピー				
<input type="checkbox"/> 画像				
<input type="checkbox"/> 口頭				

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。

課長	係長	受付者