

更新申請 専用

記入例

表面

介護保険 要介護認定・要支援認定申請書

廿日市市長 次のとおり申請します。

申請年月日 2022年 4月 7日

入院中・入所中の場合は、必ず病院名・施設名をご記入ください。

被保険者証に記載してある内容をご記入ください。

ご家族・ご親族が提出する場合はご記入ください。

施設等事業者による代行申請の場合はこちらにご記入ください。

西暦、和暦のどちらを記入しても構いません。和暦の場合は元号名もご記入ください。

必ず、主治医の先生から承諾を得てから✓をしてください。

名称、住所、電話番号はゴム印でもかまいません。

介護保険被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	個人番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1
医療保険 保険者名	〇〇県後期高齢者医療広域連合		保険者番号 12345678
医療保険 被保険者証	記号	番号	0012345678 枝番
フリガナ	カイゴ タロウ		生年 明治 大正 昭和 10年 4月 1日 性別 男・女
氏名	介護 太郎		
住所	〒 738-8501 広島県廿日市市下平良一丁目11番1号 電話番号(0829) 20 - 0001		
入院、入所中の場合は、必ずご記入ください。	病院名 施設名	〇〇病院 広島県廿日市市下平良〇丁目△△番△号 電話番号(0829) xx - xxxx	
前回の認定結果等	要介護 1・2・3・4・5 要支援 1・2 事業対象者 有効期間: 令和3年 6月 1日 から 令和4年 5月 31日 まで		

主治医 医療機関名	〇〇病院	診療科名	整形外科
主治医 主治医名	健康 一郎	意見書作成	<input checked="" type="checkbox"/> 主治医了承済み
主治医 所在地	〒 738-8501 広島県廿日市市下平良〇丁目△△番△号 電話番号(0829) xx - xxxx		

提出代理人 氏名	介護 花子	本人との関係	妻
提出代理人 住所	〒 738-8501 広島県廿日市市下平良一丁目11番1号 電話番号(0829) 20 - 0001		

提出代行者 種別	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 指定介護療養型医療施設・地域密着型介護老人福祉施設・介護医療院	担当	
提出代行者 名称・住所	〒 電話番号() -		

● 2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみご記入ください。

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、主治医意見書、及び利用者負担割合を廿日市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。

本人氏名: 介護 太郎 代筆者氏名: 介護 花子 本人との関係: 妻

裏面の太枠内(認定調査連絡票)もご記入ください。

証回収		直営調査		委託調査		申請受付者	チェック①
回収	R2S	名称		依頼日	/		
紛失	居室・施設	連絡先		入力者			チェック②
調査時回収	支所()	窓口・電話()					

受付印

