

介護保険 要介護・要支援認定申請書

中新川広域行政事務組合 管理者 あて
次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

申請区分		<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 区分変更 <input type="checkbox"/> 転入		転出元市町村名：		異動日： /			
被 保 険 者	介護	被保険者番号					個人番号		
	医療	保険者名					保険者番号		
		被保険者証	記号				番号		
	フリガナ						性別	男・女	
	氏名						生年月日	明・大・昭 年 月 日	
	住所		〒				自宅電話番号 ()		
	現在の認定区分		要介護 1 2 3 4 5		要支援 1 2		有効期間 年 月 日から 年 月 日まで		
	現在の入院又は入所施設名称						入院(入所)日(/) 退院・転院(退所)予定日(/)		
	※区分変更申請の場合記入		変更申請の理由						
	※過去6ヶ月間に介護保険施設・医療機関等の入所入院がある場合記入		介護保険施設等の名称・所在地		期間： 年 月 日～ 年 月 日				
		医療機関等の名称・所在地		期間： 年 月 日～ 年 月 日					
※特定疾病名		【40歳から64歳の方は左記記入の上、医療保険被保険者証の写しを添付】							
提 出 代 行 者	申請者氏名					住所	〒		
		(被保険者との関係：)				電話番号 ()			
※以下の場合は、該当するものに○をして事業所名称等をご記入ください。 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・その他 事業所名称						電話番号 ()		(担当者名)	
主 治 医	氏名					医療機関名			
	所在地	〒				電話番号 ()			
同 意 欄	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中新川広域行政事務組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又は介護保険施設の関係人及び主治医意見書を記載した医師並びに認定調査に従事した調査員に提出することに同意します。 (※本人が署名できないときは本人の同意を得て、代筆者が本人氏名記入した上、代筆者氏名も必ずご記入ください。)								
本人氏名 _____		(※代筆者氏名 _____ 被保険者との関係： _____)							
認 定 調 査	調査場所	<input type="checkbox"/> 上記住所地の自宅 <input type="checkbox"/> 上記の入所・入院施設 <input type="checkbox"/> その他 ()							
	連絡先氏名	続柄 ()			電話番号 ()		日中連絡可能な時間帯		
	※訪問調査希望曜日等がある場合のみ記入(土日祝日を除く) : 曜日(午前:午後)								
	サービス利用状況等						担当ケアマネジャー氏名 ()		

(注) 1. 申請時は『被保険者証』『主治医意見書』を添付してください。
2. 「□」は該当するものに☑してください。「※」は該当する方のみ記入してください。

記入例

(関係)

介護保険 要介護・要支援認定申請書

中新川広域行政事務組合 管理者 あて
次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

過去に記入された方は不要です

申請区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input checked="" type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 区分変更 <input type="checkbox"/> 転入 転出元市町村名	異動日： /
介護 被保険者番号	0 0 0 1 2 3 4 5 6 7	個人番号 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 0
医療 保険者名	富山県後期高齢者医療連合会	
医療 被保険者証 記号	00	番号 00000000 枝番
フリガナ	なかにいかわ いちろう	性別 男 女
氏名	中新川 一郎	0 月 10 日
住所	〒900-0000 中新川郡中新川町〇〇番地	電話番号 076 (〇〇〇) 〇〇〇〇
現在の認定区分	要介護 (1) 2 3 4 5 要支援 1 2	有効期間 令和〇年 4 月 1 日から令和〇年 3 月 31 日まで
現在の入院又は入所施設名称		入院 (入所) 日 (/) 退院・転院 (退所) 予定日 (/)
※区分変更申請の場合記入	変更申請の理由	
※過去 6 ヶ月間に介護保険施設・医療機関等の入所入院がある場合記入	介護保険施設等の名称・所在地	期間： 年 月 日 ~ 年 月 日
	医療機関等の名称・所在地	〇〇市民病院 期間： 〇年 〇月〇日 ~ 〇年 〇月〇日
※特定疾病名	【40歳から64歳の方は左記記入の上、医療保険被保険者証の写しを添付】	
申請者氏名	中新川 一雄	住所 中新川郡富山町〇〇〇番地
提出代行者	(被保険者との関係： 子)	電話番号 076 (〇〇〇) 〇〇〇〇
	※以下の場合、該当するものに○をして事業所名称等をご記入ください。 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・その他事業所名称	
	居宅支援事業所や施設が代行する場合ご記入ください。	
主治医 氏名	常願寺 太郎	医療機関名 〇〇市民病院
主治医 所在地	〒900-0000 中新川郡常願寺町〇〇番地	電話番号 076 (〇〇〇) 〇〇〇〇
同意欄	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中新川広域行政事務組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又は介護保険施設の関係人及び主治医意見書を記載した医師並びに認定調査に従事した調査員に提出することに同意します。 (※本人が署名できないときは本人の同意を得て、代筆者が本人氏名記入した上、代筆者氏名も必ずご記入ください。)	
	本人氏名 中新川 一郎 (※代筆者氏名 中新川 花子 被保険者との関係： 妻)	
認定調査 調査場所	<input checked="" type="checkbox"/> 上記住所地の自宅 <input type="checkbox"/> 上記の入所・入院施設 <input type="checkbox"/> その他 ()	
認定調査 連絡先氏名	中新川 一雄	続柄 (子) 電話番号 090 (〇〇〇) 〇〇〇〇 日中連絡可能な時間帯 15 : 00 以降
認定調査 ※訪問調査希望曜日等がある場合のみ記入 (土日祝日を除く)	曜日 (午前：午後)	
認定調査 サービス利用状況等	〇〇〇デイサービス 週2回 (水) 立ち合いされる方の連絡先をご記入ください。	
	〇〇ヘルパーサービス 週2回 (火・木)	
認定調査 福祉用具	手すり 歩行器 日程調整が短縮されますので必ず記入をお願いいたします。	

(注) 1. 申請時は『被保険者証』『主治医意見書』を添付してください。
2. 「□」は該当するものに☑してください。「※」は該当する方のみ記入してください。