

新規申請の記入例

個人番号

個人番号を記入

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2

市町村コード

34210

被保険者番号

0 0 0 0 0 9 9 9 9 9

職業ID

021

介護保険 要介護認定・要支援認定申請書 (新規・更新・区分変更)

被保険者の子が「代理人」として申請する場合は

申請年月日 令和 年 月 日

| | | | |
|----------|--|--------|---|
| 申請者氏名 | 庄原 二郎 | 本人との関係 | 子 |
| 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・介護医療院) 印 | | |
| 申請者住所 | 〒727-8501 広島県庄原市中本町〇〇丁目×× 電話番号 0824 (72) ×××× | | |

※申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

被保険者番号 0 0 0 0 0 9 9 9 9 9 暫定サービスの計画作成・利用希望の有無 有・無

住所と異なる所で生活されている場合に記入

| | | | | | |
|------|----------------|------------|---------------------|----------|----|
| 姓 名 | ショウバラ イチロウ | 性別 | 元号 | 生年月日 | 年齢 |
| 住所 | 庄原 一郎 | 1 男 2 女 | 3 1明治 2大正 3昭和 | 01 12 01 | 92 |
| 〒 | 727-8501 | | | | |
| 電話番号 | 0824 (72) ×××× | | | | |

| | | | |
|-----|-----------------|------|----------------|
| 〒 | 727-8501 | 電話番号 | 0824 (72) ×××× |
| 所在地 | 広島県庄原市中本町△△丁目□□ | | |

| | | | |
|------------------------------|--|--|-------------------------|
| 保 険 者 | 現 在 地 (上記と異なる場合) | 〒727-8501 電話番号 0824 (72) ×××× | 広島県庄原市中本町〇〇丁目×× 庄原 二郎 宅 |
| 過去6ヶ月間の介護保険施設・医療機関等への入院入所の有無 | 介護保険施設、医療機関等の名称等・所在地 | 令和 元 年 5 月 7 日から | 令和 元 年 7 月 1 日まで |
| 現在(前回の要介護状態区分(認定結果)等) | 事業対象者 要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5 | 有効期間 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで | |
| 変更申請の理由(区分変更時のみ記入) | | <input type="checkbox"/> 有効期間の61日以前 <input type="checkbox"/> 有効期間の61日以内 | |

40歳から64歳の人が認定を受ける場合に記入

| | | | |
|----------------|---|--------|----------------|
| 現在(前回の要介護状態区分) | 転出元自治体(市町村)名 [] | はい・いいえ | |
| | 現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。(既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」の場合、申請日 令和 年 月 日 | | |
| 主治医の氏名 | 広島 太郎 | 医療機関名 | 〇〇〇〇病院 |
| 所在地 | 〒 〇〇〇-×××× | 電話番号 | 〇〇〇(××××) 〇〇〇〇 |
| | 広島県庄原市〇〇〇〇 | | |

2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

| | | | |
|--------|-------------------------------|---------------|-----------------|
| 医療保険者名 | 庄原市国民健康保険 | 医療保険被保険者証記号番号 | 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 |
| 特定疾病名 | 脳血管疾患 (対象となる16疾病から該当する疾病名を記入) | | |

認定調査の際の立会い希望の有無・希望日時などを記入

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
 治医意見書を庄原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
 と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。
 日以内に認定がされない場合、現在の認定の有効期間内であれば、認定延期通知の省略に同意します。

被保険者氏名 庄原 一郎 印 印

| | | | | |
|---------|-------|--|------|---------------------------|
| 認定調査日程等 | 立会い希望 | <input checked="" type="checkbox"/> 有・無 | 調査日時 | 令和 元 年 5 月 20 日 午前・午後 時から |
| | 立会人 | 【氏名】庄原 二郎 【関係】 | | |
| | 調査場所 | <input type="checkbox"/> 住所地 <input checked="" type="checkbox"/> 現在地 <input type="checkbox"/> 施設・病院・その他() | | |

| | |
|-----------|---|
| 訪問調査委託先 | |
| 依 頼 日 | 令和 年 月 日 |
| 主治医意見書依頼日 | 令和 年 月 日 |
| 入手日 | 令和 年 月 日 |
| 入手日 | 令和 年 月 日 |
| | <input type="checkbox"/> 資格者証発行 <input type="checkbox"/> 保険証回収 |

※太枠の中を記入してください。コンピューターで処理しますので、折り曲げたり汚したりしないでください。