

介護保険

要介護認定・要支援認定
要介護更新認定・要支援更新認定

申請書

みよし広域連合長 様
次のとおり申請します

個人番号がわからない場合は記入不要です。

申請年月日		令和 ○年 ○月 ○日			
介護保険 被保険者番号	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2		
被 保 者	医療保険 保険者名	○○○○○		保険者番号	01234567
	被保険者証	医療保険の保険者名、保険者番号、記号 番号枝番がわかる場合に記入してください。		123456789	枝番 01
フリガナ			明・大 昭 24年 1月 1日		
氏名	三好 太郎		性別	男 ・ 女 年齢 ○○才	
住所	〒778-0000 三好市池田町シンマチ0000番地		電話番号	0883-○○○○	
前回の要介護 認定の結果等	要介護区分	1 2 3 4 5	経過的要介護	要支援状態区分 1 2	
	有効期間	令和 ○年 ○月 ○日 から 令和 ○年 ○月 ○日		調査の場所等を 記入してください。	
調査の場所	<input type="checkbox"/> 上記の被保険者の住所地に在住				
	<input checked="" type="checkbox"/> その他(実際の居住地を下欄に記入してください。)				
		〒778-0000	三好市○○	電話番号	0883 (72) ○○○○
		病院、施設等の 特別養護老人ホーム	病棟	階	室
		〒778-0000	三好市○○	電話番号	0883 (72) ○○○○
調査時立会 希望の有無	<input type="checkbox"/> 立会いなし				
	<input checked="" type="checkbox"/> 立会いあり(下欄に立会い希望者を記入してください。)				
		氏名	続柄	子	電話番号
		三好 二郎			0883 (72) 0000
*日中につながる電話番号を記入してください。					

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・介護医療院)			
	住 所	〒 三好市○○○ 電話番号			
		主治医の氏名、医療 機関名および所在地 を記入してください。			

主治医	主治医の氏名	山田 太郎	医療機関名	○○医院
	所在地	〒778-0004 三好市池田町○○×× 電話番号		

第二号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入(2号被保険者の方のみ)特定疾病名(16疾病)を記入し、医療保険保険証の写しと滞納調査承諾書を提出してください。

特定疾病名	脳血管疾患
-------	-------

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成するために必要なときは、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 三好 太郎 代筆 三好 二郎

※この欄は記入しないでください。

個人番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 通知カード
身元確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 運転免許証
*顔写真がない場合は2点	<input type="checkbox"/> その他 ()	
代理権の確認	<input type="checkbox"/> 委任状	<input type="checkbox"/> その他 ()

被保険者(本人)が署名してください。被保険者が署名できない場合は、代筆の方の氏名もお書きください。