

介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書  
要介護更新認定・要支援更新認定

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
被保険者	医療保険 保険者名	〇〇〇〇〇	
	医療保険 被保険者記号・番号	123456789	枝番 01
保	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
者	住所	〒778-0000 三好市池田町シンマチ0000番地 電話番号 0883-XXXX-XXXX	
	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	<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 三好市〇〇〇〇番地 〇883 (72) 〇〇〇〇		
	病院、施設等の特別養護老人ホーム 病棟 階 室 日 年 月 日 予定日 年 月 日		
調査時立会希望の有無	<input type="checkbox"/> 立会なし <input checked="" type="checkbox"/> 立会あり(下欄に立会希望者を記入してください。) 氏名 三好 二郎 続柄 子 電話番号 0883 (72) 0000 *日中につながる電話番号を記入してください。		

前回の認定結果を記入してください。

調査の場所等を記入してください。

訪問調査時に立会の希望がありましたら、有を選択し、立会人氏名と、日中に連絡が可能な連絡先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)	
提出代行者	住所	〒 三好市〇〇〇〇 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	〇〇医院
	所在地	〒778-0004 三好市池田町〇〇×× 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)

※医療保険加入者の確認ができる書類等の写し(または提出)

(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、みよし広域連合が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、みよし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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する(地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。)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	<input type="checkbox"/>
身元確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/>
*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。