

介護保険 要介護認定・要支援認定【新規】申請書

宝達志水町長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 者	介護保険 被保険者番号												個人番号																	
	医 療 保 険	保険者名												保険者番号																
		被保険者 記号・番号		記号												番号												枝番		
	フリガナ												生年月日		大・昭		年		月		日									
	氏名												性別		男		・		女											
	住所		〒										電話番号																	
	申請の理由																													
	認定調査の 日程調整 <small>※本人以外の場合</small>		氏名												被保険者との関係												電話番号(平日に連絡がとれる番号)			
			調査時の立会い		<input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし		①												②									
	調査場所 <small>※被保険者住所 と異なる場合</small>																													
結果の送付先 <small>※被保険者以外 に送付する場合</small>		〒										氏名																		
過去6月間の 介護保険施設・ 医療機関等入院 入所の有無 あり・なし		名称等・所在地										期間		年		月		日		～		年		月		日				
		名称等・所在地										期間		年		月		日		～		年		月		日				
		名称等・所在地										期間		年		月		日		～		年		月		日				

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		〒										電話番号								

主 治 医	医療機関名												主治医の氏名											
	所在地		〒										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

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、宝達志水町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、宝達志水町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

介護保険 要介護認定・要支援認定【新規】申請書

記入例

宝達志水町長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 〇 年 〇 月 〇 日

介護保険 被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	個人番号	9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 0 1	
医療 保険	保険者名	〇〇健康保険組合		
	被保険者 記号・番号	記号	〇〇〇	
		番号	△△△	
		枝番	×	
フリガナ	ホウダツ タロウ		生年月日	大・昭 11 年 1 月 1 日
氏名	宝達 太郎		性別	男 ・ 女
住所	〒 929-1425 宝達志水町子浦 100番地 電話番号 0767-29-xxxx			
申請の理由	・骨折して、病院からすすめられた・物忘れが多くなってきた・トイレの失敗が増えた等			
認定調査の 日程調整 ※本人以外の場合	氏名	宝達 次郎	被保険者との関係	長男
	調査時の立会い	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	電話番号(平日に連絡がとれる番号)	① 〇〇〇-□□□□-△△△△ ② ■■■■-▲▲-●●●●(自宅)
調査場所 ※被保険者住所 と異なる場合	・〇〇病院 ・長男宅(▲▲町□□1-1)			
結果の送付先 ※被保険者以外 に送付する場合	〒 929-1425 宝達志水町〇〇〇〇 氏名 宝達 次郎			
過去6月間の 介護保険施設・ 医療機関等入院 どちらかに○ (あり)・なし	名称等・所在地	〇〇病院	期間	●年 ■月■日～ ●年 ▲月▲日
	名称等・所在地		期間	年 月 日～ 年 月 日
	名称等・所在地		期間	年 月 日～ 年 月 日

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) ケアマネージャーや施設職員の方等が提出代行される場合にご使用ください。 ご家族の方が提出される場合には、この欄の記入は不要です。
	住所	〒 電話番号

主治医	医療機関名	〇〇病院	主治医の氏名	●●●●
	所在地	〒 929-〇〇〇〇 △△市〇〇町□□1-1 電話番号 〇〇〇〇-□□-△△△△		

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

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、宝達志水町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、宝達志水町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 宝達 太郎