

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 険 者	被保険者番号											個人番号										
	フリガナ	-----										生年月日	明・大・昭 年 月 日									
	氏名											性別	男 ・ 女									
	住所	〒																				
		電話番号																				
	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										
		調査時の立会い <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無										電話番号										
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>	〒																					
	(様方)																					
過去6月間の 介護保険施設・ 医療機関等入院 入所の有無 有 ・ 無	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・指定介護療養型医療施設)																	
	住 所	〒																	

主 治 医	氏 名											医療機関名										
	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

医療保険者名											医療保険被保険者証記号番号										
特定疾病名																					

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、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

介護保険 要介護認定・要支援認定【新規】申請書

記載例

宝達志水町長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 平成 ○○年 ○○月 ○○日

被 保 者	被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
	フリガナ	ホウダツシミズ タロウ	生年月日	明・大(昭) ○○年 ○○月 ○○日
	氏名	宝達志水 太郎	性別	(男) ・ 女
	住所	〒 929-○○○○ 宝達志水町○○○○	電話番号	○○-○○○○
	認定調査の 日程調整 ※本人以外の場合	氏名 宝達 次郎 調査時の立会い <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	被保険者との関係	子 電話番号 ○○-○○○○
調査場所 ※被保険者住所 と異なる場合	〒 929-○○○○ ○○○○○○○○			
結果の送付先 ※被保険者以外 に送付する場合	〒 929-○○○○ ○○○○○○○○ (宝達 次郎 様方)			
者	過去6月間の 介護保険施設・ 医療機関等入院	名称等・所在地 ○○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
		(有) ・ 無		

いずれかに○ ↓

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)
	住 所	〒

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。

主 治 医	氏 名	○○ ○○	医療機関名	○○病院
	所 在 地	〒 ○○○-○○○○ ○○○○○○○○番地 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

医療保険者名		医療保険被保険者証記号番号	
特定疾病名			

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、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 宝達志水 太郎