

記入例

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

藤枝市長 様
次のとおり申請します。

申請理由 (1) 新規 (2) 更新 (3) 転入		申請年月日		○年 ○月 ○日	
申請者氏名 (窓口に來られた方の氏名)	藤枝 花子			被保険者との関係	長女
申請者住所	藤枝市 岡出山 ○丁目 ○番地の○			電話番号 (054)643-○○○○	
提出代行者 名称	該当に○をつけてください 1 地域包括支援センター 2 居宅介護支援事業者 3 指定介護老人福祉施設 4 介護老人保健施設 5 指定介護療養型医療施設 6 介護医療院		提出代行業者名称		
①	被保険者番号	未記入でも可	個人番号	未記入でも可	
	医療保険者名	○○健康組合		記号番号	○○○○○○○
	フリカナ	フジエダ タロウ		生年月日	大・昭 ○年 ○月 ○日
	氏名	藤枝 太郎		性別	(男) ・ 女
	住所	藤枝市 岡出山 ○丁目 △番地の× 101号室 (マンション名・室番号等) 電話番号(054) 645-○○○○			
②	入院・入所施設 名 (短期入所を除く)	入院・入所年月日		年 月 日 ~	
		退院・退所予定日		年 月 日	
	前回の要介護 認定等の結果等	要介護・要支援更新認定 の場合のみ記入	要介護状態区分 1 2 3 4 5	要支援状態区分 1 2	
		14日以内に他自治体から 転入した者のみ記入	転出元自治体(市町村)[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・いいえ 「はい」の場合、申請日 年 月 日		
③	主治 医	医療機関名	○○クリニック		最終診察月 ○年 ○月
		医師名	静岡 太郎	診療科	○○科
		所在地	○○市 □□ ○-○		電話番号 (054)646-○○○○
		●調査を特に急ぐ必要がある「がん患者」の方につきましては、右欄に○印をしてください			
④	※ 第2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)のみ記入してください。(医療保険証の提示をお願いします。)				
	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・意見及び主治医意見書を藤枝市から地域包括支援センター・居宅介護支援事業者又は介護保険施設関係者に提供することに同意します。
認定結果について主治医意見書を記載した医師に提供すること、また介護予防給付対象者と認定された場合は、地域包括支援センターに提供すること、有効期間内に要介護認定・要支援認定を行うことができる場合は、延期通知を省略することに同意します。

⑤	本人氏名(署名)	藤枝 太郎	代筆者	藤枝 花子	
⑥	訪問 調査先	(自宅) ・病院 ・施設	住所		
	立ち会い	有	フリカナ	フジエダ ハナコ	電話番号 自宅・職場 (054)643-○○○○
		無	氏名	藤枝 花子	電話番号 携帯 (090)○○○○-○○○○
	被保険者との関係	長女	調査可能な曜日等	○曜日、○曜日	

- 75歳未満の社会保険加入者の方及び40歳から64歳は本人が加入している医療保険の保険者名(○○健康保険組合など)・保険証の記号・番号を記入してください。※医療保険証(コピー可)を必ずお持ちください。
- 入院中の場合、病院・病棟名もご記入ください。
- 申請前に主治医に意見書を書いてもらえるか確認が必要です。医師の氏名はフルネームでご記入ください。主治医がいない方は介護福祉課の認定係(054-646-0294)までご相談ください。
- 40歳から64歳の方は特定疾病名を記入してください。※医療保険証(コピー可)を必ずお持ちください。
- 本人が記入できない場合は代筆者の氏名と本人氏名の両方記入してください。
- 基本的には、ご家族の立ち会いをお願いします。認定調査の日程調整のため立ち会う方の日中連絡が取れる電話番号を記入してください。