

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 (窓口に来られた方の氏名)		藤枝 花子		被保険者との関係	
申請者住所		藤枝市 岡出山 ○丁目 ○番地の○		電話番号 (054) 643 - 0000	
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 4 介護老人保健施設 2 居宅介護支援事業者 5 介護医療院 3 指定介護老人福祉施設 介護医療院		提出代行事業者名称	
被保険者番号		未記入でも可		個人番号	
医療保険者名		○○健康組合		記号番号	
フリガナ		フジエダ タロウ		生年月日	
氏名		藤枝 太郎		大・昭 ○ 年 ○ 月 ○ 日	
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) 645-0000	
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			
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	
有効期間		年 月 日 ~		年 月 日	
前回の要介護認定等の結果等		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			
主治医療機関名		○○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) 646-0000	
●調査を特に急ぐ必要のある「がん患者」の方につきましては、右欄に○印をしてください		有		無	
※ 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。					
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。					
本人氏名(署名)		藤枝 太郎		代筆者	
藤枝 花子					
訪問調査先		(自宅) 左記以外の調査先の方はご記入ください			
病院・施設		住所			
立ち会い		有			
フリガナ		フジエダ ハナコ			
氏名		藤枝 花子			
電話番号 自宅・職場		(054) 643-0000			
電話番号 携帯		(090) 0000 - 0000			
被保険者との関係		長女		調査可能な曜日等	
				○曜日、○曜日	

①75歳未満の社会保険加入者の方及び40歳から64歳の方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)・保険証及び資格確認書・資格情報のお知らせ(※)の記号・番号を記入してください。

②入院中の場合、病院・病棟名もご記入ください。

③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。

④40歳から64歳の方は特定疾病名を記入してください。
申請時に医療保険証及び資格確認書・資格情報のお知らせ(※)の提示またはコピーが必要です。

⑤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。

⑥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。

※ 資格確認書、資格情報のお知らせとは...

医療保険者から交付される、氏名・生年月日・医療保険の被保険者番号・保険者情報が記載された書面。