

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

日の出町長 様 次のとおり申請します。

| | | | | |
|---------|---|--|-----------------------------|-------------------------|
| 被 | 被保険者番号 | 0 0 0 0 0 1 2 3 4 5 | 個人番号 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3 |
| | フリガナ | カイゴ タロウ | 申請年月日 | 平成30年 4月 1日 |
| 保 | 氏名 | 介護 太郎 | 生年月日 | 明・大・昭 7年 1月 1日 |
| | | | 性別 | 男 ・ 女 |
| 険 | 住所 | 〒190-0192 日の出町平井2780番地 電話番号 042-597-1234 | | |
| | 前回の要介護認定の結果等 | 要介護状態区分 1 2 3 4 5 経過的要介護 要支援状態区分 1 2 | | |
| | *要介護・要支援更新認定場合のみ記入 | 有効期間 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 | | |
| | *14日以内に転入した方のみ記入 | 転入前市町村名〔 〕 転入前の自治体に認定申請中ですか? はい・いいえ (申請日 年 月 日) | | |
| 者 | 過去6月間の介護保険施設・医療機関等入院入所の有無 | 介護保険施設の名称等・所在地 | 期間 年 月 日 ~ 年 月 日 | |
| | | 介護保険施設の名称等・所在地 | 期間 年 月 日 ~ 年 月 日 | |
| | | 医療機関等の名称等・所在地 ひので病院 | 期間 29年 11月 1日 ~ 29年 12月 25日 | |
| | | 医療機関等の名称等・所在地 | 期間 年 月 日 ~ 年 月 日 | |
| 申請者氏名 | 介護 花子 | 本人との続柄 | 妻 | |
| 申請者住所 | 〒190-0192 日の出町平井2780番地 電話番号 042-597-1234 | | | |
| 提出代行者名称 | 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・介護医療院 印 | | | |

| | | | | |
|-----|--------|---|-------|--------|
| 主治医 | 主治医の氏名 | 日の出一郎 | 医療機関名 | ひので山病院 |
| | 所在地 | 〒190-0181 日の出町大久野ひので山1-1 電話番号 042-597-0123 | | |

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 | |
| 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は必要があるときは、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、日の出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。

また、医療と介護の連携を目的とし、介護認定結果を介護保険主治医意見書に記載した医師に情報提供することに同意します。

本人氏名 介護 太郎 印

*本人自署の場合は、押印不要