

記載例

介護保険 要介護認定・要支援認定申請書

[申請区分 → 新規申請 更新申請 区分変更申請 転入継続申請]

音更町長 宛て

次のとおり申請します。

		申請年月日	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日		
申請書を入りされる方	氏名	音更 太郎		本人との関係	長 男
	〒	080-0104 音更町新通8丁目5番地		電話番号	0155 (32) 4567
提出代行者 (事業所名)	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 指定介護療養型医療施設 担当者: _____ 電話番号: () _____ 印				

認定を更新される方	介護保険 被保険者番号	0 0 0 0 3 2 4 5 6 7	個人番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇										
	医療保険 保険者名	〇〇〇〇		保険者番号	〇〇〇〇									
	被保険者証 記号	〇〇〇〇		番号	〇〇〇〇			枝番	〇〇					
	フリガナ	キノ ススコ		生年月日	昭和 5 年 5 月 5 日									
	氏名	木野 鈴子		性別	男 ・ 女									
住 所	〒 _____		電話番号	() _____										
現在の認定区分	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input checked="" type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5													
変更申請の理由	有効期間 〇〇△△ 年 △△ 月 △△ 日 から 〇〇〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日													

調査に同席される方	調査実施場所	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他 () 自宅以外の場合は記入→		施設等名称										
	氏名	音更 蘭子		本人との関係	長男の妻									
備考欄	平日の日中に連絡が取れる連絡先		<input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先		090 (0032) 4567									

かかりつけの病院、主治医	氏名	鈴 蘭 花子		医療機関名	音更すずらんクリニック									
	〒	080-0361		電話番号	0155 (99) 4567					直近の受診日				
	音更町すずらん台北町99-9		令和 ◇◇ 年 ◇◇ 月 ◇◇ 日											

※第2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場合は、調査内容、介護認定審査意見及び主治医意見書を音更町から地域包括支援センターに提出し、調査内容、介護認定審査意見及び主治医意見書を記載した医師又は認定調査員が署名捺印し、提出する必要があります。

本人氏名

代筆した場合、代筆者氏名

被保険者氏名 木野 鈴子

代筆の場合 → 代筆者氏名 音更 太郎