

★ 記入例(新規申請用)

介護保険要介護(要支援)認定申請書

あて先 大船渡市長
次のとおり申請します。

--

必ず申請区分を選択してください。

申請区分	<input checked="" type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 区分変更 <input type="checkbox"/> 要支援者の要介護新規申請 <input type="checkbox"/> 転入継続
------	--

被 保 険 者	被保険者番号	0000099999	申請日	平成 〇〇年 〇月 〇日
	個人番号		生年月日等	明治 大正 昭和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 (男・女) (〇〇)
	フリガナ	オオフナト タロウ	住所	大船渡市〇〇町字〇〇△-△ 電話番号 〇〇〇 - 〇〇〇〇
	氏名	大船渡 太郎	病院・施設の入院・入所(短期入所を除く)	<input type="checkbox"/> 医療機関(一般病床・療養病床) <input type="checkbox"/> 介護保険施設(特養・老健・療養型) <input type="checkbox"/> その他(GH・特定・())
	住所	大船渡市〇〇町字〇〇△-△	申請理由(更新・転入の場合は不要)	
	前回の要介護認定の結果等	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input 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 有効期間 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日		

申請時に入院中の場合は、記入してください
要介護認定申請理由を詳しく記入してください

主治 医	医療機関名	県立大船渡病院 (診療科 〇〇〇 科)	主治医氏名	〇〇 〇〇
	所在地		電話番号	-

大船渡市内医療機関の場合は、所在地・電話番号の記載は不要です

申 請 (代 行) 者	氏名(事業者名)	大船渡 花子	本人・ご家族が申請を提出する場合は、押印不要です	代行事業者記入欄 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 担当者 (提出代行者の調査受託 可・不可)
	本人との関係	妻		
	住所	被保険者と同じ 電話番号() -		

※ 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、医療保険証を提示してください。

医療保険者名	医療保険被保険者証記号番号
特定疾病名	

2号被保険者(40~64歳)の場合は、健康保険証内容を記載してください

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大船渡市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、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開示することに同意します。

本人氏名 大船渡 太郎 (代筆者名 代筆者名を記入 続柄 〇〇)

認定結果通知送付先	*被保険者以外に送付を希望する場合のみ記入
-----------	-----------------------

市 使 用 欄	処理	受付	入力 MCWEL 認定	アンケート	不要・要(/)	申請者・郵送	前回	備考
	調査	直委嘱()	意見書	結果連絡 要(/ 済)				

* 裏面「調査連絡票」の記入も忘れずにお願いします。

- ① 調査場所(入院中の場合は、病室・退院予定をご確認ください)
- ② 連絡先(平日の日中に連絡が取れる連絡先を記入してください)
- ③ 立会人(ご本人の普段の様子をよく知っている方に調査時に立会いをお願いします)
- ④ 日程希望(受診予定や、立会人の都合の悪い日も忘れずに記入してください)

調査時に留意する点があれば、最下部へ記載してください。