

介護保険(要介護・要支援)認定申請書

新規 更新 区分変更 転入
新規(要支援者の要介護への変更)

記入例

富岡市長 様

次のとおり申請します。

申請者氏名	富岡 一郎	申請年月日	令和 3 年 4 月 1 日
提出代行者 名称	該当に○(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)		
申請者住所	〒370-2316 富岡市富岡 200-200 ※申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要 電話番号 123-456-789		

被 保 険 者	被保険者番号	介護保険証の番号(医療保険ではない)			個人番号	分からない場合は、未記入でも良い				
	フリガナ	トミオカ タロウ			生年月日	明・大・ 昭	10 年 1 月 1 日			
	氏名	富岡 太郎			性別	男	・ 女			
	住所	〒370-2316 富岡市富岡100-100			電話番号	12-3456				
	現在の要介護 認定の結果等	要介護状態区分	1	2	3	4	5	要支援状態区分	1	2
	変更申請の理由 (変更時記入)	過去半年間に、入院・入所をしていない場合は、記入不要。								
	過去6ヶ月間の 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	公立七日市病院			期間	令和 3 年 3 月 1 日~令和 3 年 3 月 31 日			
	介護保険施設の名称等・所在地				期間	年 月 日~ 年 月 日				

主 治 医	医療機関名	公立七日市病院		主治医の氏名 (受診科)	七日市 次郎 (内)科	
	所在地	〒 医療機関の住所と電話番号を記入 電話番号		最終受診日	月 日	
				次回受診日	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 ※確認のため、健康保険証を持参して下さい。

医療保険者名	医療保険被保険者証記号番号
特定疾病名	

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、富岡市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。

本人氏名は、基本直筆になります。難しい場合は、申請者が代筆し、本人氏名の下に、(例:富岡一郎)と申請者名をご記入ください。

本人氏名 富岡 太郎

市 確 認 欄	番 号 確 認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	身 元 確 認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 運転免許証	本人の委任確認	被保険者証	受付者印
		<input type="checkbox"/> 通知カード		<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員証			
		<input type="checkbox"/> 住民票(番号有)		<input type="checkbox"/> その写真付証明()	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療被保険者証	<input type="checkbox"/> 回収	
		<input type="checkbox"/> 住民基本台帳		<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証	<input type="checkbox"/> 公的医療保険の被保険者証	<input type="checkbox"/> 介護保険負担割合証	<input type="checkbox"/> 再交付済	
		<input type="checkbox"/> 過去作成ファイル		<input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療被保険者証	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 未回収	
		<input type="checkbox"/> その他()						