

申請の種類に☑を入れて下さい。

護認定・要支援認定 申請書

【記入例】

【 新規 更新 変更(要介護からの変更) 新規(要支援からの変更) 転入 】

杵藤地区広域市町村圏組合 管理者 様 次のとおり申請します。

申請年月日 **H31**年**4**月**1**日

被保険者(本人)	被保険者番号	1 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	個人番号		
	フリガナ	カゴ タロウ	性別	男・女	
	氏名	介護 太郎	生年月日	明・大・昭 〇 年 〇 月 〇 日	
	住所	〒 849-1304 佐賀県鹿島市・郡 町大字 中村×××× 番地	電話番号	0954 - 69 - ××××	
	現在の状況 【該当するものに☑】	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 医療入院中 <input checked="" type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> その他			
		施設・病院名	特別養護老人ホーム 杵藤		
		所在地	佐賀県〇〇市××町△△△番地		
	現在の認定状況	要介護・要支援状態区分	要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)	要支援 (1 ・ 2)	
変更申請の理由	有効期間	H29 年 5 月 1 日	～	H31 年 4 月 30 日	
※14日以内に他自治体から転入した者のみ記入	<input type="checkbox"/> はい【申請日 年 月 日】 <input type="checkbox"/> いいえ				

申請時、本人の居所(お身体がある場所)について記入して下さい。

更新申請の場合、「変更申請の理由」、「※14日以内に他自治体から転入した者のみ記入」欄は記入不要です。

※訪問調査等の連絡先になりますので、必ず記入して下さい。(日中に連絡が取れる連絡先を記入して下さい。)

連絡先	フリガナ	カゴ タケオ	本人との関係	長男	電話番号	
	氏名	介護 武雄			① 080-△△△△-×××× 自宅・携帯・勤務先	
	連絡事項	※上記連絡先が勤務先の場合は勤務先名称もこちらに記入して下さい。		② 0954-69-8227 自宅・携帯・勤務先	連絡先が勤務先の場合は勤務先名を、また、その他連絡事項があればこちらに記入して下さい。	

被保険者(本人)以外の申請の場合は必ず記入して下さい。 ※被保険者本人が提出される場合は記入不要

提出者	該当するものに☑	<input type="checkbox"/> 家族(本人との関係:) <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 checked="" type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> その他()			
	提出者名 または事業者名	特別養護老人ホーム 杵藤	事業者提出の場合 担当者氏名	杵藤 花子	
	住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 佐賀県〇〇市××町△△△番地	電話番号	(0952-□□-××××)	

主治医	医療機関名	〇〇病院	主治医の氏名	鹿島 次郎
	所在地	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 佐賀県□□市△△町〇〇番地	電話番号	(0952-△△-××××)

第2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入して下さい。 ※医療保険証の写しを添付して下さい。

特定疾病名 (医療機関に確認の上、該当する特定疾病名に☑)	<input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> 関節リウマチ <input type="checkbox"/> 筋委縮性側索硬化症 <input type="checkbox"/> 後縦靭帯骨化症 <input type="checkbox"/> 骨折を伴う骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> 初老期における認知症 <input type="checkbox"/> 多系統委縮症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 閉塞性動脈硬化症
<p>第2号被保険者(40歳～64歳の医療保険加入者)の場合は、該当する特定疾病に☑を入れ、医療保険証のコピーを1部添付して下さい。</p>	

同意欄

①本申請による要介護認定の内容について、裏面に記載された認定情報の開示要領により情報提供する。
 ②認定更新申請から30日以内に認定がされない場合でも、現在の有効期間内に認定結果が通知されるのであれば、認定遅延通知を省略する。
 ③給付制限など介護保険事業の適切な運営の為に必要がある時は、その内容を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、介護保険施設の関係者に情報提供する。

上記について同意します。

(被保険者本人の氏名) **介護 太郎** (代筆者の氏名) **介護 武雄** (関係: **長男**)

※代筆される場合は代筆者の氏名、押印および被保険者との関係を記入して下さい。

市町記入欄					市町受付印
確認項目	申請入力	被保険者証回収	医療保険添付 【2号被保険者のみ】	本人確認書類添付 (個人番号記載時)	受付担当者
意見書依頼書	発行済	介護保険事務所より送付希望			