

申請の種類に☑を入れて下さい。

介護認定・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	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 中村××××番地	電話番号	0954 - 69 - ××××	
	現在の状況 【該当するものに☑】	<input checked="" type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 医療入院中 <input 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			
		所在地			
	現在の認定状況	要介護・要支援状態区分	要介護(〇 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 checked="" type="checkbox"/> いいえ ・転出元自治体(市町村)名 【佐賀県 佐賀市】 ・現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 (該当するものに☑をつけて下さい。 ※既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択して下さい。)				

※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 ハナコ	本人との関係	電話番号
	氏名	介護 花子	妻	① 090-△△△△-×××× 自宅・携帯・勤務先 ② 0954-69-×××× 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。		

提出者	該当するものに☑	<input checked="" type="checkbox"/> 家族(本人との関係: 妻) <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"/> 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	介護 花子 (印)	事業者提出の場合 担当者氏名	
	住所	〒849-1304 佐賀県鹿島市大字中村××××番地		電話番号(0954-69-××××)

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 佐賀県〇〇市△△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"/> 初老期における認知症 <input type="checkbox"/> 多系統委縮症 <input type="checkbox"/> 閉塞性動脈硬化症	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。
----------------------------------	--	--

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) _____ (代筆者の氏名) _____	
	転入の場合、更新申請に係る遅延通知省略の同意欄は記入不要です。 (印) (関係: _____)	

※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

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

市町受付印