

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 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 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 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 入所・入院日 退所・退院(予定)日		
	現在の認定状況	要介護・要支援状態区分 有効期間 H30 年 5 月 1 日 ~ H32 年 4 月 30 日 要介護(1・2・3・4・5) 要支援(1・2)		
	変更申請の理由	H30年12月に脳梗塞のため入院し、退院後も後遺症により右半身麻痺や認知機能の低下がみられ、身体状態が悪化し介助量が大きく増えたため。		
※14日以内に他自治体から転入した者のみ記入	・転出元自治体(市町村)名 ・現在、(該当する)			

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。

変更申請(要介護からの変更)の場合、「※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 ハナコ	本人との関係	妻	電話番号	① 090-△△△△-××××	自宅・携帯・勤務先
	氏名	介護 花子			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。					

被保険者(本人)以外の申請の場合は必ず記入して下さい。本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 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 佐賀県〇〇市〇〇町〇〇番地	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"/> 多系統萎縮症 <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)	介護 太郎 (印)	(代筆者の氏名) 介護 武雄 (印) (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