

記入例

介護認定・要支援認定 申請書

1. 新規

2. 新規(要支援から要介護への区分変更)

3. 更新

4. 変更

5. 申請書を提出する日を記入してください。

介護保険被保険者証を紛失または持参されていない場合は、添付がなくても申請は可能です。

※申請の際は介護保険被保険者証を添付してください。

(申請先)

次のとおり申請します。

介護保険被保険者番号

7777777777

医療保険

保険者名

後期高齢者医療保険

被保険者証

記号

個人番号

100123456789

保険者番号

番号

フリガナ

ミサカ タロウ

生年月日

性

氏名

美作 太郎

住所

〒707-8501 美作市美来1

電話番号

0868-72-1143

現在の認定区分等

要介護状態区分

12345

要支援状態区分

12

有効期限

令和 〇 年 〇 月 〇 日から 令和 〇 年 〇 月 〇 日

変更申請・要支援認定からの新規申請の理由

悪化・改善(どちらかに○を)理由等()

施設名等・氏名

該当に○(介護保険施設・医療機関) 美作病院

住所

〒707-0014 美作市北山123-4

電話番号

0868-**-****

現在いる所

施設名等・氏名

美作病院

住所

〒707-0014 美作市北山123-4

電話番号

0868-**-****

※現在いる所については、住所地以外に本人以外の方が申請書を提出する場合に、記入してください。(介護保険施設)

名称・氏名

美作 花子

住所

〒707-0014 美作市美来1

電話番号

0868-**-****

提出代行者

名称・氏名

美作 花子

住所

〒707-0014 美作市美来1

電話番号

0868-**-****

40歳から64歳の方のみ記入してください。申請の際、加入されている医療保険証を必ず提示または写しを添付してください。

美作 次郎

医療機関名

美作病院

707-0014

美作市北山123-4

電話番号

0868-**-****

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 ※医療保険証を提示または写しを添付

特定疾病名

脳梗塞

介護サービス計画の作成等介護保険内容、介護認定審査会による判定結果、サービス計画並びに居宅サービス事業者又はセンター、居宅介護支援事業者、居宅介護予防サービス事業者若しくは地域密着型サービス事業者(以下「介護サービス事業者」という。)に同意します。

原則、被保険者本人の署名です。ひらがなになっても、大きな字になっても結構ですので、できる限りご本人の署名をお願いします。

代筆について、心身の状況により自署できない方で、本人の意思が確認できない場合は、原則、本人の介護者である親族又はそれに準じるの方が代筆してください。

また、本人の意思が確認できる場合で、本人の介護者である親族等以外の方が代筆する場合でも、本人との意思の合意を明確にしたうえで代筆してください。

本人署名

美作 太郎

代筆者氏名

美作 花子

(続柄: 妻)

(必ず記入)

(本人署名欄を代筆した場合)

訪問調査時の立会希望

有・無

立会者氏名

美作 花子

続柄

妻

電話番号

0868-**-****

被保険者証送付先住所

〒709-4234 美作市江見945

氏名

美作 三太

立会いが有りの場合、立会者の方に、調査時の日程調整の連絡を行いますので、必ず記入してください。

本人のみで認定調査が困難と思われる場合には、出来る限り立会いをお願いします。

連絡先は平日の日中に連絡が取れる連絡先を記入してください。

日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。

(既に送付先の指定がある場合にはその住所地)へ送付します。

□未収(□紛失)

受付入力

資格者証

□手渡し

□()

関係郵送

□その他()

保険料未納

□なし

□あり

調査指示

□直営

□委託()

備考