

介護保険要介護・要支援認定申請書

新規申請用

(宛先) 鈴鹿亀山地区広域連合長

記入例

申請日 令和〇年〇〇月〇〇日

次のとおり申請します。

| | | | | | | | |
|--|---|--|--|---|--------------------|------------|-----|
| ① 被保険者 (認定申請者) | 被保険者番号 | 2 0 7 0 9 9 9 9 9 9 | 個人番号 | | | | |
| | フリガナ | コウイキ タロウ | | 〒 513-0801 | | | |
| | 氏名 | 広域 太郎 | | <input checked="" type="checkbox"/> 鈴鹿市 <input type="checkbox"/> 亀山市 神戸一丁目18番18号 町 番地 方 | | | |
| | 性別 | <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 | 生年月日 | 明・大・略 20年1月1日 | | | |
| | 申請理由 | 新規申請・変更申請の場合は、申請の理由となる 介護の手間の変化の内容等を詳しく記入してください。 | | | | | |
| | 主治医 | 医院・病院・診療科名 | 〇〇病院 | 主治医の氏名 (記入漏れに御注意ください) | 鈴鹿 一郎 医師 | | |
| | | 所在地・電話番号 | 〒 519-0152 亀山市本丸町577 | 主治医のフルネームをご記入 ください。 主治医に介護保険の申請を行 う旨お伝えいただいています か？まだの場合は至急受診し 主治医にお伝えください。 | | | |
| | | 受診状況 | 通院中(最終受診日 令和〇年〇〇月〇〇日) | | | | |
| | | 転入継続の方 (転入前の自治体で 認定を受けていた方) | 転入前ご住所 | 認定を受けていた要支援・要 介護 | 申請中 (年月日) 申請 | 要支援 1・2 | 1・2 |
| | 医療 特定 疾病 保険 | ※ 40歳から64歳までの被保険者 加入している医療保険の名称 | | 特定疾病の病名 (裏面参照) | | | |
| ② 手続 代行者 | <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> その他 | | <input checked="" type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 民生委員・成年後見人等 被保険者以外が申請するときは記載してください。 | | | | |
| | 所在地 名称 電話番号 | 氏名 印 住所 | 広域 花子 (続柄 妻) 059(999)9999 神戸一丁目18番18号 | | | | |
| ③ 認定 調査 | 現在の 本人の 居所 | <input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外 (右に記入) | 名称 所在地 電話番号 | 入院等やむを得ない理由で居所が変わる 場合は、至急鈴鹿亀山地区広域連合まで ご連絡ください。 TEL: 059-369-3203 | | | |
| | 調査立会人 の連絡先 | ※認定調査は月～金(祝日除く)、開始時間9時～15時30分頃まで、所要時間は1時間程度です。 ※連絡先は月～金(祝日除く)の9時～16時くらいの間にご連絡がつく電話番号を書いてください。 | | | | | |
| | フリガナ 氏名 | コウイキ ハナコ 続柄・ 関係 妻 | 電話 | 059(999)9999 090(9999)9999 | | | |
| 介護サービス計画 介護認定・要支援 支援センター、居宅 査に従事した調査員 | 日中連絡のつく電話番号を記入し てください。 固定電話と携帯電話を両方記入い ただきますようお願いいたします。 | | 者福祉施策のために必要があるときは、要 結果・意見、及び主治医意見書を、地域包括 設、主治医意見書を記載した医師、認定調 ます。 広域 太郎 広域 花子 (代筆の場合のみ記入) | | | | |
| ④他に適用する制度 | <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 労働災害補償 <input type="checkbox"/> 交通事故等第三者行為の損害補償 <input type="checkbox"/> 公費負担医療等(以下参照。該当するものを○で囲んでください。) | | | | | | |

※添付書類：介
申請書の記入

赤字の部分は必ずご記入ください。

在継
施継

2024.7