

介護保険 要介護・要支援認定申請書

松原市長様
次のとおり申請します。

申請日	年 月 日	受付者		収納	
-----	-------	-----	--	----	--

被 保 者	<input checked="" type="checkbox"/> 次に該当するものに☑してください。 <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 区分変更 <input type="checkbox"/> 転入												
	被保険者番号	0	0	0	0	0					生年月日	明治・大正・昭和 ()歳	
	フリガナ							年	月	日			
	氏名							性	別	男 ・ 女			
	住所	〒						電話番号					
	連絡先氏名 <small>(調査日程調整者)</small>							続柄			日中の連絡先	①	
	調査時の同席者	氏名()・無						続柄			日中の連絡先	②	
	前回の認定の結果	要介護()・要支援()		有効期間		年 月 日 から		年 月 日					
	過去6ヶ月間の入院・入所	有 ・ 無		期間									
	介護保険施設・医療機関等の名称							年 月 日から		年 月 日			
入院中の場合は記入	病棟・病室番号				その他(退院の予定等)								
同居の家族等	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子供 <input type="checkbox"/> 子供の家族 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> 兄弟や姉妹 <input type="checkbox"/> その他()												
調査時の訪問先	※現在の居住地が住民票と異なる場合、必ず記入してください。												

主 治 医	医療機関名							主治医氏名		Dr.	
	所在地	〒						電話番号			
	直近受診日	年 月 日		次回受診日		年 月 日					
	主な病名や症状 <small>2号の場合は特定疾病名</small>										

提 出 代 行 者	名称	<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"/> 地域密着型介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護保険施設									
	所在地 連絡先	〒						電話番号			

申 請 理 由	※区分変更申請の場合は必須。使いたいサービス、希望されること、調査時の注意点など。											
------------------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書及び作成した居宅サービス計画書を松原市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、地域密着型介護老人福祉施設、居宅サービス事業者、介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。また、更新申請について、現在の有効期限内に認定結果が出るが見込める場合、介護保険法第27条第11項に規定する延期通知書の送付は必要ありません。

代筆者	続柄 ()	※必須	本人氏名
-----	--------	-----	------

※本人による申請の場合、記入不要

※本人氏名は、必ずご記入をお願いします。

【裏面もご記入ください】

【令和4年4月改訂】

個人番号																			
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※個人番号の記入は必須ではありません。

個人番号を記入されない場合は、その理由をご記入ください。

個人番号未記載の理由	<input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> 認知症がある <input type="checkbox"/> 入院中のため <input type="checkbox"/> 記入したくない <input type="checkbox"/> その他()
------------	--

※代行申請で個人番号を記入時には、下記の委任状が必要です。

委任状	
私は、【代理人の住所】	〒 _____
_____	_____
【代理人の氏名・続柄】	続柄
_____	_____
【代理人の事業所名・所在地】	_____
_____	_____
【代理人の連絡先】	_____
_____	_____
を、代理人と定め介護保険 要介護・要支援認定申請書の代理申請の権限を委任します。	
年 月 日	
申請者住所	_____
申請者氏名	_____ (印)

医療 保 険	保険者名			保険者番号			
	被保険者証	記号		番号		枝番	

※2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入してください。

特 定 疾 病 名	
医療保険被保険者証の写しを貼付	

※以下市役所確認欄(窓口では原本確認)

確認者	申請者	本人確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 介護保険者証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他()
		番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード・通知カードの写し <input type="checkbox"/> 住民票等の写し <input type="checkbox"/> その他()
	代理人	本人確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証の写し <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> その他()