

変

記入例

要介護認定・要支援認定 申請書

市町
受付印

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 平成 28年 2月 5日

被保険者	被保険者番号	1 0 0 1 2 3 4 5 6 7	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
	フリガナ	カイゴ タロウ	性別	男・女
	氏名	介護 太郎	生年月日	明・大 昭 8年 3月 5日
	住所 (住民登録地)	〒○○○-○○○ 武雄 市・郡 武雄 町大字	電話番号	○○○○-○○-○○○○
	現在の状況 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 療養型病床群 <input checked="" type="checkbox"/> 医療入所中 <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> その他 施設・病院(病棟)名: ○○○病院(301号) 所在地: ○○市○○町○○番地 入所・入院日: 平成 28年 1月 15日 退所・退院予定日: 平成 28年 2月 15日		
変更申請の場合	理由を詳しく記入してください。 (1・2・3・4・5) 要支援状態区分(1・2) 2月 1日 ~ 平成 28年 2月 29日			
変更申請の理由	自宅転倒し入院中。入院後より認知面の低下が進行しているため。			

現在どこにいるかを記入します。自宅以外の場合は必ず記入してください。入所日、退所日等は分かる範囲で記入してください。

変更申請の場合理由を詳しく記入してください。

※ 訪問調査等の連絡先になりますので必ず記入してください(日中に連絡が取れる所を記入してください)

連絡先	氏名	被保険者との関係	電話番号	備考
	介護 花子	妻	自宅: ○○○-○○-○○○ 携帯電話: ○	

事業者提出の場合は担当CM名を記入します。新規申請の場合等で担当CMがない場合等は、申請を代行された方の氏名を記入します。

被保険者以外の申請の場合は必ず記入してください(被保険者本人の申請の場合は記入不要)

提出者	該当に○をつける	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 家族 (被保険者との関係: 長男) <input type="checkbox"/> 2. 同居の親戚 (被保険者との関係:) <input type="checkbox"/> 3. 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 4. 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 5. 介護施設 (被保険者との関係:) <input type="checkbox"/> 6. 事業者 (被保険者との関係:) <input type="checkbox"/> 7. その他 (被保険者との関係:)		
	提出者名 または 事業者名	介護 一郎	事業者提出の場合担当者名	
	住所	〒○○○-○○○ ○○市○○町○○番地	意見書依頼書作成に必要です。医療機関名・主治医氏名は必ず記入してください。	

主治医	医療機関名	○○○○病院	主治医の氏名	武雄 太郎
	住所	〒○○○-○○○ ○○市○○町○○番地	電話番号	(○○○-○○-○○○)
受診日		平成 年 月 日	受診予定日(平成 年 月 日頃)	入院中

分かる範囲で記入してください。不明な場合は記入不要です。

第2号被保険者(同居の親戚等加入者)のみ記入してください ※医療保険証の写しを添付してください

特定(医療機の上、該定疾病名)	<input type="checkbox"/> 筋萎縮性側索硬化症 <input type="checkbox"/> 後縦靭帯骨化症 <input type="checkbox"/> 骨折を伴う骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> パーキンソン病関連疾患 <input type="checkbox"/> 脊髄小脳変性症 <input type="checkbox"/> 脊柱管狭窄症 <input type="checkbox"/> 早老症 <input type="checkbox"/> 脳血管障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 慢性肺疾患 <input type="checkbox"/> 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症
2号被保険者の方は医療機関に確認の上、該当する特定疾病を選択してください。医療保険証の写しの添付も忘れずに!	

同意欄	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ことに同意します。	(被保険者氏名) 介護 太郎 (印)
	給付制限について必要があるときは、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人に情報提供することに同意します。	(被保険者氏名) 介護 太郎 (印)
	代筆される場合は代筆者の氏名、押印及び被保険者との関係を記入してください	代筆者 介護 一郎 (印) (関係: 長男)

市町記入欄

確認項目	申請入力	被保険者証回収	資格者証発行	意見書の回収	受付担当者名記入	意見書依頼書
				有・無		窓口発行 済・未