

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30年4月2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 18年2月14日	
	住所 (住民登録地)	〒○○○-○○○ 武雄 市・郡 武雄 町大字 ○○			
	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"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input checked="" type="checkbox"/> 医療入所 <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29年12月1日 退所・退院予定日: 平成30年4月30日			
		変更申請の場合は理由を詳しく記入してください。 区分(1・2・3・4・5) 要支援状態区分(1・2) 年 4月 1日 ~ 平成31年 3月 31日			
変更申請の理由 自宅で転倒し入院中。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。

※ 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: ○○○-○○○○-○○○○	

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)

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"/> 3. 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 7. 介護医療院 <input type="checkbox"/> 4. 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 8. その他 (被保険者との関係)	医療施設
	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。医療機関名は必ず記入してください。

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がない場合は、申請を代行された方の氏名を記入します。

主治	医療機関名	主治医の氏名	電話番号
	○○○○病院	杵藤 二郎	(○○○○-○○-○○○○)
受診の状況		最終受診日(年 月 日)	受診予定日(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(40歳から64歳の医療保険加入者)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

特定疾病名 (医療機関に確認の上、該当する特定疾病名に☑)	<input checked="" type="checkbox"/> 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ないでください。 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> 脳血管性疾患 <input type="checkbox"/> 脳性脊髄狭窄症 <input type="checkbox"/> 脳脊髄液減少症 <input type="checkbox"/> 脳神経性腎症及び糖尿病性網膜症 <input type="checkbox"/> 脳血管性疾患 <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
----------------------------------	--

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)
	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)
	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 (印 (関係:))

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
				有・無	

意見書依頼書
窓口発行 済・未