

介護保険

要介護認定・要支援認定  
要介護更新認定・要支援更新認定

申請書

必ず記入して下さい。

安中 次 **介護保険証の番号です。** **マイナンバーの番号です。** 申請年月日 令和 〇年 〇月 〇日

被 保 者	被保険者番号	0000			個人番号	0000				
	フリガナ	アンナカ タロウ			生年月日	明・大・昭 〇年〇月〇日				
	氏名	安中 太郎			性別	男・女				
	住所	〒37901-92 安中市安中1-23-13			電話番号	027-382-1111				
前回の要介護状態区分等 <small>*要介護・要支援更新認定の場合のみ記入</small>	要介護区分	1	<b>2</b>	3	4	5	経過的要介護	要支援区分	1	2
	有効期間	令和 〇年 〇月 〇日 から 令和 〇年 〇月 〇日			平成					
申請理由	・サービスの継続利用 <b>・医療機関に勧められて</b> ・その他( )									
	・新たにサービス利用したい(・デイサービス ・デイケア ・ホームヘルプ ・ショートステイ ・福祉用具 ・住宅改修 ・その他 )									
介護保険施設・医療機関等入院・入所の有無	名称	〇〇病院			入院(所)日	令和 〇年 〇月 〇日 ~ 平成				
	所在地	〒379-0116 安中市安中			退院(所)予定	<b>有</b> ・無			退院(所)予定日 令和 〇年 〇月 〇日頃	

入院・入所していなければ、未記入で結構です。

申請者氏名	安中 花子		本人との関係	配偶者・子(長女)・その他( )	
申請者住所	〒 同上		電話番号		
提出代行者名称	該当に <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"/> 指定介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 指定介護療養型医療施設				
	《所在地》 〒		《名称》		
		《認定調査(委託調査)》 <input type="checkbox"/> 委託可 <input type="checkbox"/> 委託不可			電話番号

窓口に来た方、ご家族様の指名を記入してください。

上記の事業所は、提出代行することができます。

主治医	主治医の氏名	松井田 太郎	医療機関名	〇〇病院	最終診察日	〇年〇月〇日
	所在地	〒379-0292 安中市松井田町新堀		電話番号		

最終診察日が次回予定日を記入してください。入院中は、記入しない。

医療保険者名	記号番号	特定疾病名
--------	------	-------

第2号被保険者は記入してください。

介護サービス計画の作成、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、及び主治医意見書を安中市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者若しくは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。

本人氏名	安中 太郎		支所確認欄
認定結果通知及び保険証等の希望送付先	1 自宅 2 届出の居宅介護支援事業者 3 入所先介護施設 4 その他( )		本庁確認欄
調査立ち会い者	<b>有</b> 調査立ち会い者の連絡先(昼間連絡がとれるところ) 氏名 安中 花子 続柄(長女) 電話番号 027-382-1111		

※申請時に介護保険証を必ず添付してください。(紛失の場合は裏面も記入してください)