

記入例

介護保険 要介護認定・要支援認定等申請書

申請種類にチェック

新規

更新

区分変更

転入

行橋市長様

次のとおり申請します。

受付番号

受付者

申請者が被保険者本人の場合、住所・電話番号は記入不要

申請年月日

平成

〇〇

年

××

月

□□

日

申請者	申請者氏名・名称	該当に〇(<input checked="" type="checkbox"/> 家族等 ・ 地域包括支援センター ・ 居宅介護支援事業者 ・ 介護保険施設 ・ その他施設)	
		行橋 花子	印 続柄(長女)
住所	〒 824 - 0061	電話番号(0930)	25 - 1111
	行橋市 中央 1丁目 1番 1号		

個人番号は空白でもその他の記載に不備がなければ申請は受理可能です。

被保険者	被保険者番号	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6	個人番号	
	フリガナ被保険者氏名	姓 ユクハシ	名 タロウ	生年月日 明・大 <input checked="" type="checkbox"/> 〇〇 年 <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 日
		行橋	太郎	性別 <input checked="" type="checkbox"/> 男 ・ 女
	現在の認定区分	非該当 <input checked="" type="checkbox"/> 要支援 ・ 要介護(2)	有効期間の満了日	平成 〇〇 年 △△ 月 ×× 日
	1.住所(住民票所在地)	〒 824 - 0061	電話番号(0930)	25 - 1111
2.介護保険施設等入院・入所の有無(短期入所を除く)	有・無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	入院・入所施設名	医療法人 〇〇病院	3階 病棟 301 病室
		所在地電話番号	〒 824 - 0001	電話番号(0930) 22 - 0000
		行橋市 中央 □丁目 ×番 △号		

訪問調査	訪問調査場所	該当に〇 1.住所と同じ <input checked="" type="checkbox"/> 2.入所・入院先と同じ 3.その他 ※3.その他の場合は調査場所記入		
	調査立会者氏名	行橋 花子	続柄(長女)	日中連絡のとれる連絡先 Tel (090) 1111 - 2222
	調査予定日時	2 月 1 日(月)	午前・午後 <input checked="" type="checkbox"/> 午後	13 時 30 分 備考 午後13時以降希望

主治医	フリガナ主治医氏名	姓 マルマル	名 イチロウ	医療機関名	医療法人 〇〇病院
		丸々	一郎		
	所在地	〒 824 - 0001	電話番号(0930)	22 - 0000	
	受診状況	最終受診日	年 月 日	入院日	〇〇 年 △△ 月 □□ 日
備考	※更新申請時入院中の場合に入院理由など記入				

区分変更申請の場合のみ記入

申請理由	※区分変更申請の場合は記入
------	---------------

2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入 ※医療保険証の写しを添付してください

特定疾病名	医療保険者名	医療保険被保険者証記号番号
-------	--------	---------------

介護サービス計画を作成するために調査内容、判定結果・意見、主治医意見書の提示を行ってよい場合のみ記入

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成する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、行橋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、介護保険施設の関係人、地域密着型サービス事業者及び主治医意見書を記載した医師、調本員に提示することに同意します。

本人の署名があれば印鑑不要です。代筆の場合は押印し、代筆者氏名・続柄記入してください。

本人署名又は記名押印

印

代筆者氏名

続柄()