

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

《記入例》
医療保険が後期高齢者医療保険の方

逗子市長 様
次のとおり申請します。

申請年月日

| | | | | | | | | |
|-----------------|--|--------------------------|---|----------------------|------------|--------------|---------------------------|----|
| 被 保 者 | 介護保険 被保険者番号 | 0000654321 | 個人番号 | 記入不要 | | | | |
| | 医療 保険 | 保険者名 | 神奈川県後期高齢者医療広域連合 | | 保険者番号 | 39142088 | | |
| | | 被保険者証 | 記号 | 記入不要 | | 番号 | 01234567 | 枝番 |
| | フリガナ | ズシ ハナコ | | | 生年月日 | 昭和〇年〇月〇日 | | |
| | 氏名 | 逗子 花子 | | | 性別 | 女 | | |
| | 住所 | 〒249-0006 逗子市逗子5-2-16 | | | 電話番号 | 046-873-1111 | | |
| | 前回の要介護 認定の結果等 | *要介護・要支援更新認定の場合のみ記入 | | 要支援1 | | | | |
| | | 有効期限 | | 令和〇年〇月〇日 から 令和〇年〇月〇日 | | | | |
| | ※14日以内に 他自治体から 転入した者のみ記入 | | 転出元自治体(市町村)名 [] 現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 (既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください) はい ・ いいえ 「はい」の場合、申請日 | | | | | |
| | 過去6月間の 介護保険施設、 医療機関等への 入院、入所の 有無 | 介護保険施設等の名称等・所在地 | | | 逗子市立大学附属病院 | | 期間 令和〇年〇月〇日 ~ 令和〇年〇月〇日 | |
| 介護保険施設等の名称等・所在地 | | | | | 期間 ~ | | | |
| 医療機関等の名称等・所在地 | | | | | ~ | | | |
| 医療機関等の名称等・所在地 | | | | | ~ | | | |

ご家族が代理提出される場合は、
こちらの欄にご記入ください。

| | | | | | | | |
|---------------|----|---|--|--|-------------------|--|--|
| 提出 代 行者 | 名称 | 該当に○ (地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院) 逗子 次郎 (次男) | | | | | |
| | 住所 | 〒249-0006 逗子市逗子5-2-16 | | | 電話番号 046-873-1111 | | |

| | | | | | | | |
|-------------|--------|-------------------------|--|-------|---------------------|--|--|
| 主 治 医 | 主治医の氏名 | 沼間 一郎 | | 医療機関名 | 逗子市立大学附属病院 脳神経外科 | | |
| | 所在地 | 〒249-0006 逗子市逗子8-1-1 | | | 電話番号 046-873-4520 | | |

第二号被保険者 (40歳から64歳の医療保険加入者) のみ記入

| | |
|-------|--|
| 特定疾病名 | |
|-------|--|

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、及び主治医意見書を、逗子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 (署名してください。) 逗子 花子