

# 記入例

※

この部分は必ずご記入ください

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

大里広域市町村圏組合管理者 宛

次のとおり申請します。

この太枠内は窓口にお越しになる方の氏名等を記入する欄です。

| 入 力 | 被保証 | 資格証 | 担 当 |
|-----|-----|-----|-----|
| 未・済 | 未・済 | 未・済 |     |

|         |                                                            |        |   |
|---------|------------------------------------------------------------|--------|---|
| 申請者氏名   | 広域 花子                                                      | 本人との関係 | 妻 |
| 提出代行者名称 | 該当に○（地域包括支援センター・居宅介護（介護予防）支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院） |        |   |
| 申請者住所   | 〒 123 - 4567 介護市介護 1 - 1 電話番号 048（000）0000                 |        |   |

\*申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

|         |                         |                                   |                                            |   |   |   |   |   |   |      |       |              |  |
|---------|-------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|------|-------|--------------|--|
| 被 保 険 者 | 被保険者番号                  | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0               |                                            |   |   |   |   |   |   |      |       | 個人番号         |  |
|         | フリガナ                    | コウイキ タロウ                          |                                            |   |   |   |   |   |   |      |       |              |  |
|         | 氏 名                     | 広域 太郎                             |                                            |   |   |   |   |   |   |      |       |              |  |
|         | 住 所                     | 〒 123 - 4567 介護市介護 1 - 1          |                                            |   |   |   |   |   |   |      |       |              |  |
|         | 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               | 要介護状態区分                                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 要 | 有効期間 | 年     | 月            |  |
|         |                         | ※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・要認定を申請中ですか。 ] |   |   |   |   |   |   |      |       |              |  |
|         | 現在、入院・入所している施設（短期入所も含む） | 施設名（病院・介護保険施設等の名称） 介護医院 2C病棟211号室 |                                            |   |   |   |   |   |   |      |       |              |  |
| 有・無     | 所在地 介護市介護 2 - 2         |                                   |                                            |   |   |   |   |   |   |      |       |              |  |
| 主治医の氏名  | 介護 一夫                   |                                   |                                            |   |   |   |   |   |   |      | 医療機関名 | 介護医院         |  |
| 主治医     | 〒 123 - 4567            |                                   |                                            |   |   |   |   |   |   |      | 電話番号  | 048（000）0000 |  |
|         | 所在地 介護市介護 2 - 2         |                                   |                                            |   |   |   |   |   |   |      |       |              |  |

個人番号を記入いただいた場合、窓口で次のものを確認させていただきます。

- ・介護保険被保険者証または委任状（代理人による申請の場合）
- ・申請者の本人確認証（免許証等）
- ・個人番号が確認できる個人番号カードまたは通知カード

なお、個人番号がご不明の場合は、記入不要です。

かかりつけの医療機関、もしくは現時点でのお体の状態をよく知る医療機関・医師名を記入してください。

2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

|        |                        |      |
|--------|------------------------|------|
| 医療保険者名 | 医療保険被保険者証              | 記号番号 |
| 特定疾病名  | 40～64歳までの方は必ず記入してください。 |      |

- ① 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・要支援認定に係る調査内容、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、大里広域市町村圏組合から被保険者が依頼した地域包括支援センター、居宅介護（介護予防）支援事業者、居宅（介護予防）サービス事業者、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供すること。

- ② （更新申請の場合のみ）申請日から30日以内に認定がされない場合でも、現在の状態が変更されていない場合は、大里広域市町村圏組合が認定延期通知を省略すること。

上記について同意します。

被保険者の氏名をフルネームでご署名ください。

広域 太郎

- ・立会希望者
- ・日中連絡のとりやすい電話番号

などの具体的な希望をご記入ください。

本人氏名

|         |                                                                                                            |     |        |     |          |     |
|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------|-----|----------|-----|
| 調査立会い希望 | 有・無                                                                                                        | 連絡先 | 自宅・申請者 | その他 | サービスの緊急性 | 有・無 |
| 備考      | 連絡：介護医院 2C病棟看護師 048-000-0000、立会：妻・広域花子 090-0000-0000（病院と調査員の調整した日程に合わせます。平日午前中仕事の為、13時以降対応可）、P有、1~2週間の入院予定 |     |        |     |          |     |

退院した場合、自宅調査希望。立会連絡：妻・広域花子 090-0000-0000 平日午前中仕事の為、13時以降対応可）、P有