

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

(あて先)成田市長

次のとおり申請します。

申請年月日

ROO年 △ 月 ◇ 日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号	0000123456	個人番号	△△△△△△△△△△△△△△			
	医療 保険	保険者名	〇〇保険組合	保険者番号	1234		
		被保険者証 記 号	123	番 号	12345	枝 番	01
		リ ガ ナ	ナリタ タロウ	生 年 月 日	大 ・ 昭20年 〇月 △日生		
		名	成田 太郎	性 別	男 ・ 女		
		〒286-0000	成田市花崎町760	電話番号	(22) 1111		
		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	有効 期間	RO△年 1 月 1 日から RO◇年 12 月 31 日まで		
		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) はい ・ いいえ 「はい」の場合、申請日 年 月 日				
		過去6月間の介護 保険施設医療 機関等入所 の有無	名 称 〇〇病院	期	RO◇年〇月△日～ 年 月 日		
		①・無	所 在	間	年 月 日～ 年 月 日		

すべての被保険者について、記入が必要です

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 地域密着型介護老人福祉施設・介護保険施設
	住所	〒286-0000 成田市△△1234 電話番号 (22) 1234

主 治 医	氏 名	〇 〇 〇 〇	医 療 機 関 名	〇 〇 病 院
	所在地	〒286-4567 成田市△△5678 電話番号 (22) 5678		

2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	脳血管疾患(脳梗塞)
-----------	------------

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、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、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者又は医師又は認定調査員とに同意します。

対象者の年齢が 40 歳から 64 歳までの場合のみ記入

手書き(代筆可能)にて記入

本人氏名

成 田 太 郎

(裏面)

/ () :

調査立会	☒ 希望する ・ ☐ 希望しない		
立会者 または 来庁者	フリガナ ナリタ ジロウ	本人から 見た関係	
	氏 名 成田 二郎	二男	
	電話(日中連絡がつくものでお願いします) 090 — 0000 — 0000		
調査場所 (どちらかの □にチェック)	☐ 現住所地 ☒ 現住所地以外(下へ施設名・住所等を記入) 〇〇病院 △棟 ××号室		
訪問日程 について	※都合の悪い曜日・時間帯などを記入 勤務の都合上、水、金のいずれかで調査をお願いします。		
認定結果の 送付先 (いずれかの □にチェック)	☐ 現住所地 ☒ その他(下へ記入) ☐ 窓口受取(来訪者:)	介護保険課 記入欄	
	〒123-4567		保回収
	住所(成田市花崎町760) 宛名(成田 二郎)		暫定
利用中 または希望 のサービス	※利用中のサービスについては、曜日や時間帯なども記入 デイサービス・杖の貸与		予診
			駐車場
その他	転倒し、左大腿骨を骨折したため入院中。車椅子で病棟内を移動し、歩行訓練中。入院に伴い認知症が進行している。退院後は独居となるため不安。		2医
			委託