

「変更」の場合は理由が必要です。

要介護認定・要支援認定等

申請書

申請日 令和6年12月 2日

代行申請・記入例

のとおり申請します。

☒新規 ☐更新 ☐変更 [理由:

申請者	フリガナ	キョタクカイゴシエンジギョウシヨ チガサキ	被保険者との関係
	氏名 代行事業者名	居宅介護支援事業所 茅ヶ崎	親族()ほか() 包括() <u>居宅</u> 介護施設()
	住所 所在地	茅ヶ崎市神奈川1丁目1番1号	事業所名をご記入ください。 介護保険法で申請が可能とされている代行者のみ受付できます。 ケアマネジャーの個人名では受付できません。

■訪問調査の日程調整等をさせていただく方について記入

フリガナ	カナガワ ハナコ	氏名	氏名
連絡者氏名	神奈川 花子	日中連絡が付きやすい 電話番号	0467 (12) 345□

介護保険法で申請が可能とされている代行者のみ受付できます。

ケアマネジャーの個人名では受付できません。

■要介護・要支援認定等を受けようとする方について記入してください。

被 保 険 者	介護保険被保険者番号		0	0	0	0	8	2	1	1	1	□	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	□
	医療保険	保険者名												保険者名											
		被保険者 記号・番号	記号									番号													
		資格取得日	年 月 日										有効期限												
	フリガナ		チガサキ タロウ										生年月日				年 齢				性 別				
	氏 名		茅ヶ崎 太郎										大正 昭和 22年10月 1日				71歳				男 女				
	住 所		茅ヶ崎市茅ヶ崎1丁目1番1号																						
			電話番号0467(82)1111																						
	訪問先が 自宅以外 の場合		病院・施設 名、その他	入院(所)期間 年 月 日から 年 月 日																					
			所 在 地	主治医がない場合は申請できません。 医師名はフルネーム又は名字+科名で記入してください。 ※眼科、耳鼻科、皮膚科は意見書作成を断られることが多いため、事前に医師にご確認ください。 ※歯科医師、接骨医は意見書を作成することができません。																					
前回の 認定結果等		要介護状態 有効期間																							

個人番号又は医療保険のどちらかを記入してください。

医師名はフルネーム又は名字+科名で記入してください。

※眼科、耳鼻科、皮膚科は意見書作成を断られることが多いため、事前に医師にご確認ください。

※歯科医師、接骨医は意見書を作成することができません。

■申請時点で被保険者の状態を把握している

主治医	医療機関名	茅ヶ崎市立病院	フリガナ 医師名	チガサキ 茅ヶ崎	ハジメ 一
			科名（	内科	）
	所在地	茅ヶ崎市本村5丁目15番1号			
		電話番号（ ）			

■第2号被保険者〔40歳～64歳医療保険加入者〕の方のみ記入してください。（更

・特定疾病名 を記入してください。

■同意の確認

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を、主治医意見書の作成医師に提示することを被保険者として ☒ 同意する。 ☐ 同意しない。

(代行申請の場合は、被保険者に確認し記入)

内容をご確認いただき、チェックをお願いします。