

新規・更新・変更のいずれかにチェック。

「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

申請者 個人番号 入力

代行申請・記入例

申請日 令和4年 4月 1日

のとおりに申請します。

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 代行業者名	居宅介護支援事業所 茅ヶ崎	親族()ほか() 包括(居宅)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。	
フリガナ		カナガワ ハナコ	日中連絡が付きやすい 電話番号 0467 (12) 345 <input type="checkbox"/>	
連絡者氏名		神奈川 花子		

■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

介護保険被保険者番号		0 0 0 0 8 2 1 1 1 <input type="checkbox"/>	個人番号		1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 <input type="checkbox"/>	
被保険者	保険者名			医療保険	医療保険証(健康保険証)に記載されている内容を記入してください。 ※第2号被保険者は必須	
	被保険者証 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 棟名・部屋番号まで	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				
前回の 認定結果等	要介護状態 有効期間	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。				

■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
	所在地	茅ヶ崎市本村5丁目15番1号	科名()	内科	()
			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

特定疾病名	
-------	--

40歳~64歳までの方は
・医療保険情報(被保険者欄)
・特定疾病名 の記入がないと受付できません。

■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)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。