

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】

雲南広域連合長 様
次のとおり申請します。

申請年月日 令和〇〇年〇〇月〇〇日

申請者氏名	雲南 健太	本人との関係	長男
申請者住所	〒 699-1311 雲南市木次町里方1100-6	電話番号	0854-47-7342

※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

提出 代 行 者	該当に○(地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院) 名 称
	住 所 ※現在お持ちの介護保険被保険者証に記載してある10桁の番号をご記入ください。 該当する医療保険にチェック(☑)を付けてください。その他の場合は被保険者名など医療保険情報を詳しくご記入ください。

被 保 険 者	介護保険被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	個人番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	
	医療保険情報 ※該当するものに☑。その他の場合は情報を記入。	<input type="checkbox"/> 島根県国民健康保険 <input checked="" type="checkbox"/> 島根県後期高齢者医療保険 <input type="checkbox"/> 未加入(生活保護受給者等) <input type="checkbox"/> その他 保険者名: _____ 保険者番号: _____ 記号: _____ 番号: _____ 枝番: _____			
	フリガナ	ウナン タロウ	生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日	
	氏 名	雲南 太郎	性 別	男 ・ 女	
	住 所	〒 699-1311 雲南市木次町里方1100-6	電話番号	0854-47-7342	
	前回の要介護認定の結果等	※要介護・要支援認定の場合のみ記入 要介護状態区分 1 (2) 3 4 5 要支援状態区分 1 2 有効期間 〇〇年〇〇月〇〇日 から 〇〇年〇〇月〇〇日 ※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、提出元自治体に要介護・要支援認定(既に認定結果通知を受け取っている場合は「はい」の場合、申請日 年 月 日)	※現在お持ちの被保険者証に記載してある状態区分等をご記入ください。		
	介護保険施設・医療機関等入院入所(予定含む)の有無	有 無	介護保険施設等の名称・所在地 グループホーム〇〇 期間 〇〇年〇〇月〇〇日 ~ 〇〇年〇〇月〇〇日 〇〇病院 〇〇年 〇〇月 〇〇日 ~ 〇〇年 〇〇月 〇〇日	※施設・病院におられる場合は、名称等をご記入ください。	

主 治 医	主治医の氏名	雲南 花子	医療機関名	〇〇病院
	所在地	〒〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇〇番地	電話番号	0854-〇〇-〇〇〇〇

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	
-------	--

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成する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、雲南広域連合から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅介護サービス事業者も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。

必ず被保険者の方の氏名をご記載ください

本人氏名 雲南 太郎

※処理欄

申請番号:

調査委託先:

指定医: