

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

介護保険 (要介護・要支援) 認定申請書 記入上の注意点

伊東市長 様

申請年月日 ○○ 年 ○ 月 ○ 日

次のとおり申請します。

介護保険 被保険者番号	9 9 9 9 9 9 9 9 9 9	個人番号	9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9
医療保険 被保険者名	○○○	被保険者番号	○○○○○○○○○
被保険者証	記号 △△△△	番号	△△△
枝番	△△		
フリガナ 氏名	イトウ イチロウ 伊東 市郎	生年月日	明・大・昭 ○ 年 ○ 月 ○ 日
住所	〒414-8555 伊東市○○町○○-○	性別	男 ・ 女
		電話番号	○○-○○○○
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	要支援状態区分 1 2
		有効期限	年 月 日 から 年 月 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、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」を選択してください)	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、医療機関等への入院、入所の有無	介護保険施設等の名称等・所在地	期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	介護保険施設等の名称等・所在地	期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	医療機関等の名称等・所在地	期間	年 月 日 ~ 年 月 日
有 ・ 無	医療機関等の名称等・所在地	期間	年 月 日 ~ 年 月 日

被保険者(介護を受ける方)について、「介護保険被保険者番号」「氏名、住所、生年月日」等をご記入ください。介護保険被保険者番号とは介護保険被保険者証(ピンク色の保険証)に記載されている数字です。医療保険欄には医療保険被保険者証の番号等をご記入ください。

申請日から過去6か月の間に医療機関へ入院、または介護保険施設等に入所したことがありの場合は「有」に○をつけて入院、入所したところの名称、期間をご記入ください。なしの場合は「無」に○をつけてください。退院等が未定の場合は「未定」とご記入ください。

※本人・ご家族が記入・申請をする場合は記入の必要ありません
居宅介護支援事業所(ケアマネジャー)や介護施設が申請代行する場合は必要事項にご記入ください。例) ケアマネジャーが申請代行する場合、「居宅介護支援事業所名、住所、電話番号、提出代行者氏名」等をご記入ください。

かかりつけの病院と医師の氏名をご記入ください。ここに記入していただく主治医とは、介護を要する主たる原因について把握している医師のことです。複数の医療機関で受診をしている方は、介護を受ける方の現在の状態を把握している医師の氏名をご記入ください。

※被保険者の年齢が65歳以上の場合は記入は必要ありません
40歳~64歳の医療保険加入者(第二号被保険者)である場合は「特定疾病」をご記入ください。

被保険者(介護を受ける方)の「氏名」を記入してください。※自筆が困難であり、家族が代筆した場合は「代筆」と記入の上、「代筆者の氏名・続柄」をご記入ください。

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・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院)
住所	〒 電話番号

主治医 主治医の氏名	○○ ○○○	医療機関名	○○ 病院
所在地	〒	電話番号	

第二号被保険者(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、伊東市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者若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。私は、認定更新申請から30日以内に認定がされない場合でも、現在の認定の有効期間内に認定結果が通知されるのであれば、要介護認定・要支援認定等延期通知書の省略に同意します。

本人氏名 伊東 市郎
代筆 伊東 太郎(長男)