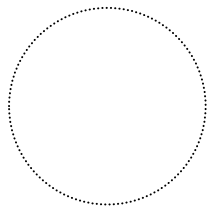


介護保険 要介護・要支援 認定申請書



播磨町長 様

次のとおり申請します。

新規 更新 状態区分変更 転入 その他 () 年 月 日

①介護を必要とする方		個人番号	被保険者番号 0000		
住民票の住所	〒675-01 加古郡播磨町		・電話番号 () ・昼に連絡可の電話 ()		
フリガナ		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	性別	男・女
氏名					

②医療保険者証について記入してください。

保険者名	保険者番号	記号	番号
------	-------	----	----

③第2号被保険者(40歳以上65歳未満)の方は特定疾病を記入してください。(※医療保険証コピー添付も必要です。)

特定疾病名	
-------	--

④現在、病院・施設等へ入院・入所されている場合、また実際に生活しておられる所が①の住所と違う場合に記入してください。

現在の住所	〒		・電話番号 ()		
入院・入所の場合	(病院・施設名)	入院日 入所日	年 月 日		
フリガナ					
在宅の場合		様宅	続柄	本人の	

⑤主治医を記入してください。【必須】

所在地	〒		・電話番号 ()		
医療機関等名	主治医 氏名	最近の 受診日	年 月 日		

⑥訪問調査時、立会いをしていただける方に連絡をいたしますので記入してください。

立会者の住所	〒 <input type="checkbox"/> ①と同じ住所	・電話番号 () ・昼に連絡可の電話 ()			
フリガナ					
立会者氏名		続柄	本人の		
連絡事項					

⑦この申請書を提出される方(又は、申請代行業者)について記入してください。本人の場合は記入不要です。

住所 所在地	〒		・電話番号 () ・昼に連絡可の電話 ()		
フリガナ					
氏名 事業者名		続柄	本人の		
代行者種別	1. 居宅介護支援事業者 2. 地域包括支援センター 3. その他 ()				

※重要事項 次の事項に同意します。

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・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播磨町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に提示すること。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の結果が通知されるのであれば、認定延期通知の省略をすること。

月 日入力	調査日時	月 日 () 時 分
受付	調査場所 自宅・病院・施設 ()	
前歴(自立・事業・要支援1・2・要介護1・2・3・4・5)		
前回結果の有効期間満了日 年 月 日		
保険料滞納(有・無)	証回収 (有・無)	

本人氏名

(代筆者氏名)

(施設の際)	初回	継続
往診	有・無	在宅
		施設

介護保険 要介護・要支援 認定申請書

記入例

播磨町長 様

次のとおり申請します。

新規 更新 状態区分変更 転入 その他 () 年 月 日

①介護を必要とする方	個人番号	被保険者番号 0000*****
住民票の住所	〒675-01 加古郡播磨町東本荘1丁目5-30	・電話番号 (079-435-0355) ・昼に連絡可の電話 ()
フリガナ	はりま たろう	明治・大正 昭和
氏名	播磨 太郎	生年月日 3年3月3日 性別 男 ・女

②医療保険者証について記入してください。

保険者名	播磨町	保険者番号	280321	記号	番号	1234567
------	-----	-------	--------	----	----	---------

③第2号被保険者 (40歳以上65歳未満)の方は特定疾病を記入してください。(※医療保険証コピー添付も必要です。)

特定疾病名	
-------	--

④現在、病院・施設等へ入院・入所されている場合、また実際に生活しておられる所が①の住所と違う場合に記入してください。

現在の住所	〒675-0156 播磨町東本荘1丁目5-30	・電話番号 (079-435-2582)
入院・入所の場合	(病院・施設名) 特別養護老人ホーム 000	入院日 入所日 令和2年3月31日
フリガナ		続柄
在宅の場合	様宅	本人の

⑤主治医を記入してください。【必須】

所在地	〒675-0154 播磨町本荘3丁目△-△	・電話番号 (079-435-2582)
医療機関等名	〇〇病院	主治医氏名 兵庫 次郎
		最近の受診日 令和3年3月31日

⑥訪問調査時、立会いをしていただける方に連絡をいたしますので記入してください。

立会者の住所	〒675-0148 □①と同じ住所 播磨町北古田1丁目△-△△	・電話番号 (079-435-0355) ・昼に連絡可の電話 (090-1234-5678)
フリガナ	はりま はなこ	続柄
立会者氏名	播磨 花子	本人の 妻
連絡事項		

⑦この申請書を提出される方 (又は、申請代行業者)について記入してください。本人の場合は記入不要です。

住所	〒675-0160 播磨町西野添1丁目△-△	・電話番号 (078-435-0355) ・昼に連絡可の電話 (090-1234-5678)
フリガナ	はりま いちろう	続柄
氏名 事業者名	播磨 一郎 (提出される方)	本人の 子
代行者種別	1. 居宅介護支援事業者 2. 地域包括支援センター 3. その他 ()	

※重要事項 次の事項に同意します。

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・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播磨町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に提示すること。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の結果が通知されるのであれば、認定延期通知の省略をすること。

月	分
受付	()
前歴(自)	・ 5)
前回結果	
保険料	

※申請時には介護保険証を提出して下さい。
また、主治医の氏名をフルネームで確認しておいて下さい。

本人氏名 **播磨 太郎**
(代筆者氏名) **播磨 一郎**

(施設の際)	初回	継続
往診	有・無	在宅
		施設