

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	広域 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	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） (担当者名:)
	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。 電話番号

被 保 険 者	介護保険被保険者番号	0000123456		個人番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0											
	医療保険	保険者名	島根県	第二号被保険者(40歳から64歳まで)の方は保険者名など医療保険情報をご記入ください。												
		被保険者記号・番号	記号											〇〇		
	フリガナ		コウイキ タロウ		生年月日	昭和 〇〇年 〇月 〇〇日										
	氏 名		広域 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 令和〇〇年 〇月 〇〇日から 令和〇〇年 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、（既に認定を受けておられる場合は、現在お持ちの被保険者証に記載してある認定内容をご記入ください。）		日								
介護保険施設、医療機関等への入院、入所（予定を含む）の有無		有	〇〇病院		期間 令和〇年〇月〇日～令和〇年〇月〇日		施設・病院におられる場合は、名称等をご記入ください。									
		無	介護保険施設等の名称等・所在地													

主 治 医	主治医の氏名	雲南 花子	医療機関名	〇〇病院
	〒 699-1311	電話番号	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇	

主治医の氏名はフルネームでご記入ください。

3-4

電話番号

〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇

第二号被保険者(40歳から64歳まで)の方は保険者名など医療保険情報をご記入ください。

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、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。

必ず被保険者の方の氏名をご記入ください。

本人氏名

広域 太郎

※処理欄

調査委託先：