

記入例と記入方法

申請をする際、**介護保険被保険者証** を窓口にお出しください。

※40歳～64歳未満の方は、医療保険（国民健康保険など）の被保険者証も提示してください。

介護保険 要介護認定・要支援認定等申請書

[新規・更新・区分変更・要支援者の要介護新規（いずれかに○）]

(宛先) 河内長野市長
次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

医療 保険	被保険者番号	0 0 0 0 1 1 1 1 1 1	個人番号	
	保険者名	〇〇〇国民健康保険		保険者番号
被 保 険 者 証	被保険者証	記号	番号	枝番
	フリガナ	カワチ ハナコ		
氏 名	氏名	河内 ハナコ	生年月日	明・大・昭 5年 6月 23日生
	性別		男	女
住 所	住所	〒 586-0086 原町一丁目1番1号		電話 0721-53-1111
	現在の要介護認定の結果等	要介護状態区分	1 2 3 4 5	要支援状態区分 1 2
保 険 者	変更申請の理由	有効期間	〇〇年 6月 1日から	〇〇年 11月 30日
	転入申請について	転入前の保険者名 () 転入前の市で認定の申請中ですか <input type="checkbox"/> はい (「はい」の場合、申請日 年 月 日)		
現 在 の 居 所	現在の居所	1 自宅(住民票上の住所と同じ) 2 入院・入所先(名称: ○×△病院) ・住所: 河内長野市○×町○×番地 電話 0721-53-〇〇〇〇 ・入院・入所日 〇〇年 9月 30日 ・退院・退院予定 〇〇年 10月 9日 3 その他 ・住所: ・氏名: 電話 - -		
	認定調査に関する希望	<input type="checkbox"/> 調査時に家族などの同席を希望されますか <input checked="" type="checkbox"/> する ・ <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 同席者氏名: 河内 太郎 続柄(長男) <input type="checkbox"/> 日程調整を行う時の連絡先: 電話 0721-53-〇〇〇〇 (昼間の連絡先) <input type="checkbox"/> 連絡者氏名: 河内 太郎 <input type="checkbox"/> その他(特に記載されたいこと) []		
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・指定介護療養型医療施設・介護医療院)		
	住所	〒 電話 - -		
主 治 医	医療機関名	○×△病院	主治医氏名	大阪 太郎
	所在地	〒 586-0086 河内長野市○×町○×番地 電話 0721-55-〇〇〇〇		
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				

印字に間違いがないか、ご確認下さい。(個人番号の記載は必要ありません。)

区分変更・要支援者の要介護新規の場合記載して下さい。

転入時に、以前の市での要介護度を引き継ぐ場合記載して下さい。

認定調査時の申請者の居所を○印又は○記入をお願いします。
1 自宅
上記の住所と同一の場合
2 入院・入所先
入院又は入所(介護保険施設)されている場合その名称等をご記入下さい。グループホームや例えば長女様宅におられる場合にご記入下さい。
3 その他

同席の希望○印でご記入下さい。

必ず連絡が可能な電話番号をご記入下さい。(携帯番号も可能です。)

調整日程のことや記載されたいことがあれば○記入ください。

ご家族が申請に来られる場合、「続柄」のご記入をお願いします。本人の場合は、記載不要です。

主治医とは、本人が日頃から診てもらっており、本人の状態を一番把握できている医師のことです。少なくとも申請の1ヶ月以内に受診していることが、望ましいです。

2号被保険者(40歳から65歳までの医療保険加入者)のみ記入してください。

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、河内長野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者、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。また、更新申請について、現在の有効期間内に結果がでることが見込まれる場合、延期通知の送付は必要ありません。

左記の文章をお読みになり、同意される場合には、本人のご署名をお願いします。

被保険者証回収	資格者証交付
済・未	窓口・郵送

本人氏名	
------	--