

記載例

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

提出する日を記入

南房総市長 宛

申請年月日 令和 ×年 ×月 ×日

資格確認証またはマイナンバーカードの照会内容を転記してください。

9	9	9	9	9	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
---	---	---	---	---	------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

医療 保険	保険者名	〇〇〇後期高齢者医療広域連合			保険者番号	3 9 1 2 2 3 4 6		
	被保険者 記号・番号	記号			番号	1 2 3 4 5 6 7 8		枝番
被 保 者	フリガナ	ナンソウ ハナコ			生年月日	昭和〇年〇月〇日		
	氏名	南総 花子			性別	女		
	住所	294-8701 南房総市谷向〇〇番地			電話番号	0470-36-XXXX		
保 険 者	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2	有効期限 令和8年4月1日 から 令和9年3月31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 [〇〇市] 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 ・ <u>いいえ</u> 「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 特別養護老人ホーム〇〇 南房総市谷向〇〇〇番地			期間	令和〇年〇月〇日～令和〇年〇月〇日		
		医療機関等の名称等・所在地			現在、介護保険施設等に入所または医療機関 に入院している場合に、名称、所在地、期間 を記載してください。			
	有 ・ 無	医療機関等の名称等・所在地 〇〇総合病院 南房総市谷向〇〇〇番地			期間	令和〇年〇月〇日～令和〇年〇月〇日		

該当する場合は記載

自宅電話番号を記入

現在、介護保険施設等に入所または医療機関に入院している場合に、名称、所在地、期間を記載してください。

提出 代行	名称	該当に〇 (地域包括支援センター <u>居宅介護支援事業所</u> 、指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院) 居宅介護支援事業所 〇〇 〒〇〇〇-〇〇〇〇					
	主治医の氏名(1名)と医療機関名(1か所)を記載してください。	36-〇〇〇〇					
↓ 主治 医	主治医の氏名	〇〇 〇〇		医療機関名	△△病院		
	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 南房総市谷向〇〇〇番地		電話番号	0470-36-XXXX		

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	脳血管疾患	46歳から64歳までの方は必ず記載してください。
-------	-------	--------------------------

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、主治医意見書、南房総市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、南房総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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する(地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。)ことに同意します。

上記内容に同意する場合は、被保険者の署名をしてください。(代筆可)

本人氏名 南総 花子