

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

真岡市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日

年

月

日

被 保 険 者	被保険者番号																				個人番号																		
	フリガナ																		生年月日	明・大・昭	年	月	日																
	氏名																		性別	男・女																			
	住所	〒																	電話番号 (日中の連絡先)																				
	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 経過的要介護																	要支援状態区分 1 2																				
		有効期限																	年	月	日	から	年	月	日														
	過去6月間の 介護保険施設・ 医療機関等入院 入所の有無	介護保険施設の名称等・所在地																	期間	年	月	日	～	年	月	日													
介護保険施設の名称等・所在地																	期間	年	月	日	～	年	月	日															
有・無	医療機関の名称等・所在地																	期間	年	月	日	～	年	月	日														
	医療機関の名称等・所在地																	期間	年	月	日	～	年	月	日														

提出 代 行 者	名 称	該当に○(居宅介護支援事業所・地域密着型介護老人福祉施設・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・地域包括支援センター)																	印
	住 所	〒																	電話番号

主 治 医	主治医の氏名																		医療機関名							
	所 在 地	〒																	電話番号							

第2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

医療保険者名																		医療保険被保険者証記号番号							
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真岡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。

本人氏名

介護保険〔 要介護認定・要支援認定 〕申請書
 〔 要介護更新認定・要支援更新認定 〕

真岡市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被 保 険 者	被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6	個人番号	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	
	フリガナ	フクシ ハナコ	生年月日	明・大・ <u>昭</u> 8年 7月10日	
	氏名	福祉 花子	性別	男・ <u>女</u>	
	住所	〒321-4395 真岡市荒町5191 電話番号 83-8197 (日中の連絡先) 83-8094			
	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 経過的要介護 要支援状態区分 1 2 有効期限 年 月 日 から 年 月 日			
	過去6月間の 介護保険施設・ 医療機関等入院 入所の有無	介護保険施設の名称等・所在地		期間 年 月 日～ 年 月 日	
		介護保険施設の名称等・所在地		期間 年 月 日～ 年 月 日	
<u>有</u> ・無	医療機関の名称等・所在地 <u>介護福祉病院</u>		期間 <u>27年1月5日</u> ～ <u>27年2月9日</u>		
	医療機関の名称等・所在地		期間 年 月 日～ 年 月 日		

提出 代 行 者	名称	該当に○(居宅介護支援事業所・地域密着型介護老人福祉施設・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・地域包括支援センター)	印
	住所	〒	電話番号

主治 医	主治医の氏名	<u>内科 高齢一郎</u>	医療機関名	<u>介護福祉病院</u>
	所在地	〒321-4395 真岡市荒町5191 電話番号 0285-83-8554		

第2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

医療保険者名	医療保険被保険者証記号番号
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真岡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。

本人氏名 福祉 花子

申請書の書き方・利用の仕方

申請書名	■介護保険要介護・要支援認定申請書
内 容	■介護保険要介護認定を申請する際にお使いください。
受付窓口	■いきいき高齢課 ■月～金曜日（休日を除く） 8：30～17：15
記載要領	<p>■「被保険者」の欄は、要介護を受ける方（本人）の氏名、住所、生年月日等を記入してください。また、被保険者番号については、介護保険被保険者証を参考に記入してください。</p> <p>電話番号の欄は、日中に連絡がとれる電話番号をご記入ください。</p> <p>病院、施設等に入院入所している場合は、病院または施設名とその入院期間を記入してください。</p> <p>■「提出代行者」の欄は、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者（ケアマネジャー）、介護保険施設等が本人及び家族の代わりに申請した場合のみ、その代行業者が記入してください。</p> <p>■「主治医」の欄は、かかりつけの医師の氏名及び医療機関名を記入してください。⇒主治医が真岡市以外の医療機関の場合は、いきいき高齢課にお問合せください。</p> <p>■「第2号被保険者」の欄は、40歳から64歳の方のみ加入している医療保険者名及び被保険者証の記号番号を記入してください。</p> <p>■「本人氏名」は、要介護を受ける方（本人）の氏名を本人または家族が記入してください。</p>
手数料	■なし
お問合せ	■いきいき高齢課 介護認定係 電話（0285-83-8197）