

【記入の見本】

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  
要介護認定変更

申請書

該当する項目を囲んでください。

阿波市長 様

次のとおり申請します

介護保険被保険者証の番号が分かる場合に記入してください。

申請年月日 令和 3年 4月 1日

被保険者番号	0 0 0 0 0 1 2 3 4 5	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3
医療保険 被保険者証	徳島県後期高齢者医療広域連合	保険者番号	39362066
フリガナ	阿波 太郎	被保険者証番号	123456789
氏名	阿波 太郎	枝番	
住所	〒 771 - 1695 徳島県阿波市 市場町切幡字古田201-1	生年月日	明・大・昭 10年 1月 1日
性別	男・女	電話番号	0883-36-6814
前回の要介護認定結果等 (更新・変更の場合のみ)	最近6ヶ月間で介護保険施設に入所、又は医療機関に入院されている場合は記入してください。有料老人ホーム・養護老人ホーム・ケアハウス等もここへ記入してください。		
介護保険施設・医療機関・グループホーム等 入院入所の有無 (短期入所を除く)	介護保険施設の名称 所在地	期間	年 月 日 ~ 年 月 日
有・無	医療機関等の名称 所在地	期間	R1年10月1日 ~ R1年12月1日
変更 (変更申請)	記入例の場合は、訪問調査日を「阿波花子様と午後1時~午後2時の間」に連絡して決めます。訪問する日は、「火曜日、4月10日」以外の日で調整します。なお、連絡・調査は原則として平日に行います。		
認定調査連絡先	氏名 阿波 花子	電話番号	090-0000-1111
調査時同席希望	有・無	同席者氏名	阿波 花子
調査の不都合日	有・無	不都合日	火曜日 4/10 通院のため
連絡希望時間	有・無	午前 午後	1 ~ 2 時頃 (その他)

※連絡希望時間は8:30~17:15の間でお願い致します。

提出者氏名	阿波 花子	本人との関係	子
提出者住所	〒 同上	電話番号	090-0000-1111
提出代行者名	(地域包括) 家族が申請する場合は記入してください。 (介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設・その他)		

主治医	主治医の氏名	土成 一郎	医療機関名	〇〇内科
	所在地	〒 771 - 1600 阿波市土成	申請者の状態が一番よく分かっている医師1名の氏名および医療機関名を記入してください。	

2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ必ず記入のこと

特定疾病名	脳血管疾患	(2号被保険者の方のみ)特定疾病名(16疾病)を記入し、医療保険証のコピーを添付してください。
-------	-------	---

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成するため、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医の意見書を阿波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又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なります。

本人同意署名欄は必ず記入してください。(家族代筆の場合は代理人署名欄にも記入ください。)

本人同意署名欄 阿波 太郎  
代理人署名欄 阿波 花子