

記入例

延期	まで	調査
通知	まで	意見書

連番

被保険者の欄には、認定を受ける方の氏名を記入してください。入院中の場合は退院、介護施設入所のためが付いた段階で、申請してください。

申請書

新規・更新・変更・転入

(あて先) 各務原市長 次のとおり申請します。

申請の種類を○で囲む

申請書を窓口に提出された日

被 保 険 者	被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	申請日	平成 19 年 10 月 1 日
	フリガナ	カカミガハラ タロウ	年月日	明・大(明) 17年 5月 21日
	氏名	各務原 太郎	別	(65 歳) 男・女
	住所	〒509-0126 各務原市鵜沼東町×丁目×番地	電話	058-300-0000 屋間連絡が取れる電話番号を記
	現在の要介護状態区分(認定結果)等 (更新変更時のみ記入)	要介護状態区分	1・2・3・4・5	要支援状態区分
状態変化の様子 (変更時のみ記入)	有効期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日 変更申請の場合は悪化等の状況を記入してください		
調査場所	1. 自宅 2. 医療機関 3. 介護保険施設 4. ケアハウス 5. グループホーム 6. その他 〒504-0912 (退院等予定日 10月 15日頃) 電話 058-399-9999 各務原市那加桜町×丁目×番地 那加総合病院 B棟 303号室 認定を受けられる方と面会できる場所を記入してください。			
主治医 (申請の原因となる傷病の担当医)	医療機関名	那加総合病院	主治医の氏名	那加 五郎
	所在地	〒504-0912 電話 各務原市那加桜町×丁目×番		
	最終受診日	平成 年 月 日 通院/入院中		
申請者氏名 (提出代行者) 提出代行者のみ 押印	1. 家族 2. 居宅介護支援事業者 3. 介護保険施設 4. その他 ()			本人との関係 長男の妻
	尾崎 花子	担当者()		
申請者住所	〒504-0004 各務原市尾崎西町×丁目×番地			電話 058-300-5555
調査立会人 氏名	尾崎 花子	本人との関係 長男の妻	自宅・勤務先・連絡先(携帯・(常時)・昼・夜)	電話 090-0000-0000
立会人住所	〒 ー 同上			
<p>介護(予防)サービス計画を作成するために必要がある時は、要介護(要支援)認定申請に係る調査内容、主治医意見書、介護認定審査会による判定結果・意見を各務原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、介護保険施設に勤務する職員、主治医意見書を記載した医師、認定調査に従事した調査員に情報提供することに同意します。</p> <p>また、意見書を記載した医師が必要とする時は、審査会による判定結果・意見を当該医師に情報提供することに同意します。</p>				
本人署名 各務原 太郎(手書きで記載)		代筆者署名 尾崎 花子(手書きで記載)		
注、被保険者本人が署名してください。困難なときは本人の同意を得た上、家族等が署名してください。				

2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入。申請時に医療保険証を持参するか、写しを添付してください。

特定疾病名	16疾病のうち該当する病名を記入してください。
-------	-------------------------

家族等が記載された場合は、本人氏名、代筆者氏名の両方を記入してください。

日付・窓口受付者	資格者証の受取者氏名