

介護保険 要介護・要支援 認定申請書

申請区分 新規 介護申請（要支援者の区分変更） 区分変更 更新 転入

十和田市長 様

次のとおり申請します。

記入例

申請年月日 令和 〇 年 〇 月 〇 日

被 保 者	被保険者番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	個人番号				
	医療 保険	保険者名	十和田市		保険者番号	20065	
	被保険者証	記号		番号	123456789	枝番	1
	フリガナ	トワダ タロウ		生年月日	明・大・昭	〇 年 〇 月 〇 日	
	氏名	十和田 太郎		性別	男	女	
	住所	〒034-0093 十和田市西十二番町6番1号		電話番号	0176-23-5111		
	前回の要介護 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		
者	過去6ヶ月間の 介護保険施設・ 医療機関等入院 ・入所の有無	介護保険施設、医療機関等の名称等・所在地		入院・入所等の期間			
		十和田市立中央病院 〇〇科		令和 〇 年 〇 月 〇 日～ 年 月 日			
				年 月 日～ 年 月 日			

申請者氏名	十和田 花子	本人との関係	長女
提出代行者 名称	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 地域密着型サービス事業者 <input type="checkbox"/> 介護保険施設（介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院） <input type="checkbox"/> その他（ ） （担当者氏名 ） （提出者氏名 ）		
申請者住所 (提出代行者住所)	〒034-0093 十和田市西十二番町6番1号 電話番号 0176-23-5111		

※ 申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

主治医	医療機関名（科名）	十和田市立中央病院 〇〇科	
	所在地	〒 ※市内医療機関の所在地は省略可 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

特定疾病名	
-------	--

※ 2号被保険者の申請の場合は、最新の健康保険証のコピーを必ず添付してください。

介護（予防）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（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供することに同意します。

本人氏名 十和田 太郎

十和印

認定結果通知書の送付先 ※ 上記被保険者住所以外に 送付希望の場合に記入して ください。	<input type="checkbox"/> 家族宅	送付先住所 (所在地)	〒	電話番号
	<input type="checkbox"/> 入所施設	送付先 氏名・名称		被保険者との関係 ()
	<input type="checkbox"/> 支援事業所			
	<input type="checkbox"/> その他			

※ 以下は市の処理欄です。記入しないで下さい。

受付/意見書依頼 /資格者証交付	被保険者証 回収	MC入力	認定調査		意見書受領	審査会送信	審査会結果 受 理	認定結果 通 知
			依頼	受領				

※申請1件あたりの費用（15,000円程度）は、みなさまからの保険料と税金により支えられています。

摘要 非該当・要支援 ・ 要介護 R 年 月 日～ R 年 月 日