

該当する申請区分に○を付けてください。

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

申請年月日は、必ず記入してください。

坂井地区広域連合長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 ○ 年 ○ 月 ○ 日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号		○	○	○	○	○	○	○	○	○	個人番号			個人番号の記入は必ずしも求めません。		
	医療 保険	保 険 者 名											保険者番号				
		被 保 険 者 記 号 ・ 番 号	記 号											第一号被保険者：医療情報の記入は必ずしも求めません。 第二号被保険者：医療情報が必要なため記入してください。			
	フリガナ		コウイキ タロウ														
	氏 名		広域 太郎										性 別	男			
	住 所		〒	住民票上の住所を記入してください。												更新申請の場合は、現在の要介護・要支援状態区分と有効期間を記入してください。	
	前回の要介護 認定の結果等		*要介護・要支援 更新申請の場合 のみ記入	要介護状態区分 <u>1</u> 2 3 有効期間 ○ 年 ○ 月 ○ 日 ~ ○ 年 ○ 月 ○ 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) 現在、転出元自治体(市町村) (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 ・ いいえ 「はい」の場合、申請日 年 月 日 14日以内に、他自治体から転入した方のみ記入してください。													
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	過去6ヶ月以内の介護保険施設や医療機関などの入所入院状況について「有・無」のいずれかに○を付けてください。 「有」の場合は、介護保険施設や医療機関などの名称や所在地、期間を記入してください。														
		医療機関															
○ 有 ・ 無		介護保険施設	〇〇病院 〇〇市〇〇町××-××										〇年〇月〇日~〇年〇月〇日				
		医療機関等の名称等・所在地	△△病院 〇〇市〇〇町××-××										期間 〇年〇月〇日~				

申 請 者	氏 名	ご本人やご家族、成年後見人、民生委員など、 介護保険事業所以外の申請者は記入してください。												
	住 所	〒	電話番号											
提 出 代 行 者	該当に ○	地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護サービス事業者・指定居宅介護支援事業者・指定介護予防支援事業者・指定介護保険施設・指定介護保険施設等												
	事業所番号											名 称		
	住 所	〒	電話番号											
主 治 医	主治医の氏名											医療機関名		
	所 在 地	〒	主治医の氏名はフルネームで記入してください。 電話番号											

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	40~64歳の方は特定疾病名を記入してください。											
-----------	--------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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、坂井地区広域連合が提供する介護サービス計画及び介護認定結果通知書（介護認定結果通知書）を提出してください。

【連絡事項】

- ・現在利用中のサービス（種類、事業所名、回数など）
- ・ガン末期の方など認定調査を急ぐ場合
- ・被保険者証を住民票所在地以外への送付を希望する場合（今回の送付にのみ適用となる）
- ・病院入院中や施設入所中の場合、家族の立ち合いの有無
- ・ケアマネや包括職員などが調査の立ち合いを希望する場合

※その他にも連絡事項があれば記入してください。

記載内容に同意される場合は署名
してください（被保険者氏名）。

氏名 広域 太郎

本人との関係 妻

△△病院 □病棟	電話番号	認定調査先や連絡先などを記入してください。 電話番号は、日中連絡がとれる番号を記入してください。	
事務連絡欄			