

下記の枠内を記入してください

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

40歳から64歳まで《記入例》

【事業者用】

40歳～64歳までの人で、新規の認定及び更新の申請をする場合。又は要支援1・2からの区分変更申請。用紙の色は水色。裏面も記入必要。

(宛先) 枚方市長
次のとおり申請します

介護保険被保険者証(サーモンピンク色)から転記、新規は空欄

介護保険被保険者証と医療保険証を添付してください。郵送の場合写し可

		申請年月日 ○○年 ○○月 ○○日	
被 保 者	被保険者番号	0000999999	個人番号 9999999999 左下の※を参照してください
	フリガナ	カイゴ ハナ	生年月日 明・大(略) ○○年 ○○月 ○○日
	氏名	介護 はな	性別 男 ・ (女)
	住所	〒573-8666 枚方市香里ヶ丘1丁目1番1号	電話番号 072-8××-0315
	現在の要介護状態区分等 (更新認定の場合のみ記入してください。)	要介護状態区分等 1 2 3 4 5 経過的要介護 要支援1 要支援2	有効期間 年 月 日から 年 月 日まで
現 在 入 所 (入院)している施設	施設名	枚方くらわんか病院	入院中または施設入所中の場合に記入してください
	所在地	〒573-0027 枚方市大垣内町2丁目××番	電話番号 072-8××-1234

提 出 代 行 者	名称	ひらかた居宅介護支援事業所 居 枚 印 方	
	所在地	〒573-0027 枚方市大垣内町2丁目××番 居宅介護支援事業者等による代行申請の場合のみ記入してください。事業所の押印が必要です	
主 治 医	主治医氏名	枚方 太郎	医療機関名 枚方くらわんか病院 () 科
	所在地	〒573-0027 枚方市大垣内町2丁目××番	電話番号 072-8××-1234

医療保険者名	医療保険被保険者証記号番号
特定疾病名	脳血管疾患(※介護保険法における16の特定疾病名を記入)

(※ 医療保険被保険者証を添付し 認定調査票及び主治医意見書が、介護サービス計画に利用されることへの同意確認です)

※番号がわからないなど、個人番号が未記入の場合でも申請を受付します。

個人番号が記入されている場合は、番号確認のため個人番号カード等と本人確認のため運転免許証・被保険者証等の書類が必要となります。

代理人が申請する場合は、被保険者の個人番号カード等と代理権確認のため委任状等と代理人確認のため運転免許証等の写真の表示がある証明書が必要です。

な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係り主治医意見書を、枚方市から地域包括支援センター、居宅介護施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従

被保険者(本人)氏名

介護 はな

委任状

枚方市長

委任者氏名
(被保険者)

介護 はな

印

私(委任者)は、下記の者を代理人として、介護保険要介護認定・要支援認定の申請に関する権限を委任します。

申請の委任

【代理人】

住所

氏名

電話番号

委任者との関係

ご本人に代わり、委任を受けて介護認定申請をする場合に必要です。
例) 家族、指定居宅介護支援事業所等以外の施設職員、民生委員、知人等
(但し、本人が郵送で申請する場合は不要。)

※認定調査についてご記入ください。

認定調査に同席を希望されますか。

希望する 希望しない

● (フリガナ) カイゴ イチロウ
同席者氏名 介護 一郎 (続柄: 夫)

● 連絡先(昼間連絡の取れる電話番号をご記入ください)

Tel 090 (8×××) 3××× (連絡のつきやすい携帯番号など)

● その他、調査についての連絡事項

認定調査を行うにあたって場所・注意事項があれば記入してください。

・日程調整の連絡を行うための電話が繋がりやすい時間帯
・調査を希望する時間帯等
なお、調査は平日の業務時間内で日程調整を行います
・入院中の場合は、病棟名や病室番号
・転院予定
・病気に関して伝えたいこと など

● 入院中の方はご記入ください。

退院日未定 退院予定日 (○月○日)

・同席の確認は、必ず記入してください。
・可能な限り家族の同席をお願いします。
・本人申請でも記入してください。

枚方市記入欄

受付入力 申請入力

被保険者証あり
○返却 ○受領
 被保険者証なし
 保険料滞納あり

介護保険被保険者証も併せて提出してください。

番号確認

(個人番号カード・通知カード・その他)

本人

○身元確認

(写真付・写真なし2点)

代理人

○代理人身元確認

(写真付・写真なし2点)

○代理権確認

(委任状・その他)