

介護保険 要介護認定・要支援認定 (新規) 更新・変更・転入) 申請書

都城市長 宛て

申請区分に○を付けてください。

申請年月日 令和4年4月1日

申請者	氏名又は事業者名	都城 花子		事業所の場合は担当者名と事業所番号
	認定を受ける方との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 家族 (長女) <input type="checkbox"/> 社会保険労務士 <input type="checkbox"/> 成年後見人 <input type="checkbox"/> 提出代行者 (地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設・介護医療院)		
	住所	〒885-8555 都城市姫城町6街区21号		電話番号 0986-23-3191

次のとおり申請します。

認定を受ける方	被保険者番号	1234567800		個人番号		
	フリガナ	ミヤコノジョウ タロウ		生年月日	明・大・昭10年 月 1日	
	氏名	都城 太郎		別		
	住所	〒885-4801 都城市山田町山田3881番地7		電話番号	0986-64-1111	
	医療保険	保険者名	<input checked="" type="checkbox"/> 宮崎県後期高齢者医療広域連合 <input type="checkbox"/> 都城市 (国保加入の方)		保険者番号	00450024
		被保険者証	記号		番号	12345678
	主治医意見書依頼先	医療機関名	高崎病院		最終受診日	令和4年3月20日
		医師	現在の本人の状態に一番詳しい医療機関名等を記入してください。		今後の受診予定	有・無
		住所	住所 前回は2ヶ月以内が目安。入院中の場合は受診日記入不要。			
	訪問調査場所	所在地	訪問調査場所が住所地でない場合、「その他」に○をし、お伺いする場所について詳しく記入してください。		電話番号	
訪問調査等について	立会者の有無	(有) 無		立会者氏名	都城 花子	
現在受けているサービス及び曜日	訪問介護・訪問看護 (事業所名)			利用曜日		
	通所介護・通所リハ (事業所名)			利用曜日		
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/医療機関等の名称等・所在地	特別養護老人ホーム山之口		期間	令和2年1月1日 ~ 令和4年1月31日	
	介護保険施設/医療機関等の名称等・所在地	高崎病院		期間	令和4年2月1日 ~ 令和4年3月20日	
介護サービス計画又は介護認定審査会による判定結果	過去6か月間に病院へ入院、または介護保険施設等へ入所がある場合は、「有」に○をし、病院名(または施設名)、所在地および入院(入所)期間を記入してください。ない場合は、「無」に○をしてください。					
	*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)名 現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。(既に認定結果通知を受け取っている場合は「はい」を選択してください) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合、申請日 年 月 日						

※介護保険被保険者証を添付してください。

第2号被保険者(40歳から64歳の方)のみ記入

特定疾病名	64歳以下の方のみ記入してください。実際の病名が疾病名と異なる場合があります。特定疾病に該当するか確認したい時は、主治医にお問い合わせください。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認定審査会による判定結果は、介護サービス事業者若しくは介護保険が同意します。

本人氏名 都城 太郎 (代筆者氏名 都城 花子 続柄 長女)

入力日	情報提供同意欄は、本人もしくは代筆者が署名した場合、押印は不要です。ただし、署名によらない印字の場合は、押印が必要です。	確認	代理人確認
		免許証	<input type="checkbox"/> 個番 <input type="checkbox"/> 免許証
			<input type="checkbox"/> その他 ()