

介護保険 要介護認定・要支援認定申請書（新規・更新・変更・転入）

山元町長様

次のとおり申請します。

記入例

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号	0	0	0	0	0	1	2	3	4	5	個人番号 (マイナンバー)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	
	フリガナ 氏名	ヤマモト タロウ 山元 太郎											生年月日	大正 ・ 昭和 4 年 5 月 6 日											
	住 所	〒989-2292 山元町浅生原字作田山32番地																							
	現在認定区分 有効期間	要介護度	事業対象者 ・ 要支援（1・2） ・ 要介護（1・2・3・4・5）																						
		認定期間	令和 6 年 4 月 1 日 から 令和 7 年 3 月末日まで																						
	変更申請理由												悪化 ・ 改善												
調 査 員 訪 問 先	転入継続の方	【前自治体（市町村）名】											【現在、前自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 □はい（申請日 年 月 日） □いいえ（すでに認定結果通知を受け取っている場合）												
	訪問調査先	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅（住所と同じ） <input type="checkbox"/> 病院に入院中 <input type="checkbox"/> 施設に入所中 <input type="checkbox"/> その他滞在先（家族宅等）																							
		＜名 称＞																							
		＜住 所＞																							
		＜入院（所）期間＞	平・令 年 月 日 から 令和 年 月 日 予定・未定																						
	調査連絡先	フリガナ 氏名	ヤマモト ハナコ 山元 花子											《被保険者との関係》 ※自宅調査の場合は基本ご家族同席の元で認定調査を行います。調査の日程を決めるために連絡をしますので連絡がとれる方の名前（関係）電話番号を記入し時間帯にチェックして下さい。 また同席の有無にも○をし、立会が無の場合に調査日の連絡が必要か不要か○をお願いします。											
電 話 ①		090-1234-5678																							
電 話 ②		0223-37-1113																							
調査時の 同席有無		有 ・ 無 ・ その他（ ）											立会無の場合 調査日の連絡		必要 ・ 不要										
備 考 欄	(利用しているサービス内容、利用したいサービス、調査希望日の日程を記載)																								
主 治 医	医療機関名	※定期的に受診をしているかかりつけの医療機関を記入して下さい。かかりつけが複数いる場合は、受診頻度または、内科、外科等、体のどの部分、病気が大変なのかで記入をお願いします。																							
	所在地																								
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、及び主治医意見書を、山元町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若しくは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示することに同意します。																									
本人氏名 : 山元 太郎 代筆者氏名 : 山元 花子 (本人との関係: 妻)																									

申 請 者	フリガナ 氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 調査連絡先氏名と同じ	本人との 関係	
	連 絡 先	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者住所と同じ	※申請者欄は調査時の連絡先と同じ場合は、 <input checked="" type="checkbox"/> のチェックをお願いします。 異なる場合は記入をお願いします。 また、保険証は簡易書留での郵送となるため、受け取りを希望される方は <input checked="" type="checkbox"/> 審査結果送付先希望にチェックをお願いします。	<input checked="" type="checkbox"/> 審査結果送付希望
		<input checked="" type="checkbox"/> 調査連絡先番号と同じ		
	提出代行者 事業所名称			

医療保険情報		
保険者名	保険者番号	被保険者番号
国民健康保険	040204	記号：み山 番号： 枝番：
宮城県後期高齢者医療広域連合	39043625	
その他（ ）		

▼この欄は第2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみご記入ください。

特 定 疾 病	
---------	--

---保健福祉課記入欄---

事 務 処 理 欄	保険証の提示	資格者証	保険料照会	代理受領	申請受付者
	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 申請時交付 <input type="checkbox"/> 調査時交付	<input type="checkbox"/> 完 納 <input type="checkbox"/> 滞 納	<input type="checkbox"/> 有	
	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 調査時交換	<input type="checkbox"/> 不納欠損	<input type="checkbox"/> 無	