

介護保険 要介護認定・要支援認定（新規）申請書

八女市長

申請年月日 令和 年 月 日

介護保険被保険者番号		個人番号																		
フリガナ		姓				名				性別		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女								
被保険者氏名		生年月日		西暦		年		月		日										
住所	郵便番号		電話番号（ハイフンなし）																	
	都道府県	市区町村	番地	以下																
医療保険被保険者名			医療保険被保険者番号																	
医療保険被保険者記号・番号			記号			番号			枝番											
※現在、要支援認定を受けている場合のみ記入	要支援状態区分		<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2																	
	有効期限（始期）		西暦		年		月		日		（終期）		西暦		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）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								<input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> いいえ						
	「はい」の場合、申請日			西暦		年		月		日										
過去6ヶ月の介護保険施設・医療機関等への入院・入所	過去6カ月間の介護保険施設、医療機関等への入所、入院の有無			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無																
	①	介護保険施設の名称・所在地等																		
		期間（始期）		西暦		年		月		日		（終期）		西暦		年		月		日
	②	介護保険施設の名称・所在地等																		
		期間（始期）		西暦		年		月		日		（終期）		西暦		年		月		日
	③	医療機関の名称・所在地等																		
		期間（始期）		西暦		年		月		日		（終期）		西暦		年		月		日
	④	医療機関の名称・所在地等																		
期間（始期）		西暦		年		月		日		（終期）		西暦		年		月		日		

※被保険者の代行（地域包括支援センター、居宅介護支援事業者など）で申請する場合

提出代行者	種別	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター		<input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設		<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設	
	名称	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者		<input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設		<input type="checkbox"/> 指定介護療養型医療施設	
	住所	<input type="checkbox"/> 介護医療院					
	郵便番号	電話番号					
	都道府県	市区町村	番地	以下			

主治医	主治医の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
	主治医の氏名	医療機関名					
	医療機関の所在地	郵便番号		電話番号			
	都道府県	市区町村	番地	以下			

※40歳～64歳の医療保険加入者のみ

第二号被保険者の情報	特定疾病名						
------------	-------	--	--	--	--	--	--

認定調査の日程調整に関する連絡先	フリガナ	電話番号			
	連絡先氏名	被保険者との関係			
	メールアドレス				

本人同意	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、市区町村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。 <input type="checkbox"/> 同意する
------	--

この様式は申請書の裏面へ印刷をお願いします。

【認定調査用連絡票】 ※記入をお願いします。

新規	申請理由	
	家族状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 夫婦二人 <input type="checkbox"/> 子供家族と同居 <input type="checkbox"/> その他 ()
	生きがいデイサービス	<input type="checkbox"/> 利用なし <input type="checkbox"/> 利用あり※認定を受ければ利用できなくなります
	医療系サービス	<input type="checkbox"/> 利用なし <input type="checkbox"/> 利用あり (訪問看護・通所リハビリ等) ※認定を受ければ利用できなくなる場合があります
更新・変更	現在のサービス	<input type="checkbox"/> 通所介護 () <input type="checkbox"/> 訪問介護 () <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ () <input type="checkbox"/> 通所リハビリ () <input type="checkbox"/> その他 () ()
備考欄		

以下は、該当のある方のみご記入ください。

認定結果の送付先指定がない場合は、ご本人の住所、または市へ登録されている送付先へ郵送します。

【送付先指定届出書】

●認定結果の送付先を指定される場合は、下記へご記入ください。

認定結果の送付先	
〒	氏名 (続柄)
	連絡先

●認定結果の窓口受取を希望される場合は、下記へご記入ください。

認定結果の窓口受取			
受取場所	<input type="checkbox"/> 本庁 <input type="checkbox"/> () 支所	氏名 (事業所名)	(続柄)
連絡先		委任状 (提出時点)	有 ・ 無

以下事務処理欄

受付印	MCWEL入力	被保険者証 回収 ・ 未回収	滞納 有 ・ 無 (月)	認定結果送付先 有 ・ 無	前回訪問調査員	<input type="checkbox"/> Acrocity 送付先確認
				備考	OCR処理	
					/	