

《記入例》

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

知立市長 様
次のとおり申請します。

納 軽

申請者 氏名: 知立 花子 (続柄: 妻) 住所: 〒472-8666 知立市広見3丁目1番地 電話番号: 0566-83-1111

市役所の窓口で手続きをされる方のお名前・ご住所・続柄・電話番号をご記入ください。

被保険者 被保険者番号: 0000098765 申請年月日: H22年4月1日 フリガナ: チリュウ タロウ 生年月日: S2年1月1日 氏名: 知立 太郎 性別: 男・女 住所: 〒472- 同上 電話番号: 申請者の方とご住所が違う場合はご記入ください。

前回の要介護認定の結果等 *要介護・要支援更新認定の場合のみ記入 要介護 1 2 3 4 5 要支援 1 2 有効期間 年 月 日から 年 月 日 過去6月間の介護保険施設等の入所 有・無 過去6月間の医療機関の入院 有・無

過去6ヶ月の施設入所・入院がある場合は施設名・医療機関名を記入しておおよその期間を記入してください。

主治医 主治医の氏名: 知立 一郎 医療機関名: ○○○病院 所在地: 〒

かかりつけの病院の先生の氏名・病院名をご記入ください。

第2号被保険者 (40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

医療保険者名 医療保険被保険者証記号番号 特定疾病名

介護サービス計画(要介護認定審査会)事業者若しくは介護福祉関係機関に提供

65歳未満の方は申請の際にご加入の医療保険証を確認しますのでお持ちください。

作成するためには必要があるときは、要介護認定・要支援認定見書を知立市から地域包括支援センター、居宅介護支援書に記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示

本人氏名: 知立 太郎

個人情報の開示への同意の署名をしていただきます。ご本人様が署名できない場合は代理人様の署名で結構です。

Table with 10 columns: 受付, 入力, 訪問, 意見書発送, 意見書入手, 審査会, 結果通知, 転入, 生保, 資証, 保証, 同席者, 駐車場, 入院

ご本人及びご家族が申請の場合は記入不要です。

〔訪問調査について〕

ご都合が悪い時間帯に×をつけてお知らせください。

	午前 9：30～	午前 11：00～	午後 1：30～
月			
火			
水			
木			
金			

特にご希望の日時等あればご記入ください。

--