

介護保険（要介護・要支援）認定申請書

香美町長様

次のとおり申請します。

☐新規 ☐更新 ☐認定区分変更

* 該当するものに「レ」点をつけてください。

申請年月日		令和 年 月 日											
申請者氏名		本人との関係											
提出代行者名称		該当に○(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・指定介護療養型医療施設・介護老人保健施設)											
申請者住所		〒 - 電話番号 ()											
認定結果及び被保険者証送付先	☐ 申請者	氏名	本人との関係										
	☐ その他(右記も記入)	住所	〒 -										
認定を受けようとする者	被保険者番号		0 0 0 0 0	個人番号									
	医療保険	保険者名				保険者番号							
		被保険者証	記号				番号			枝番			
	フリガナ					生年月日	明・大・昭 年 月 日						
	氏名					性別	男 ・ 女						
	住所		〒 -			電話番号		()					
	前回の要介護認定の結果等 * 認定を受けている方のみ記入		要介護状態区分 1・2・3・4・5			要支援状態区分 1・2		事業対象者					
			有効期間 令和 年 月 日から 令和 年 月 日										
	※14日以内に他自治体から転入した者のみ記入		都・道 市 府・県 町・村 転出元市町村名: 現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。(はい・いいえ) 「はい」の場合・・・申請日 年 月 日										
	介護保険施設入所・医療機関等入院の有無 (短期入所を除く)		有・無	(施設・病院) 名称									
所在地													
(入所・入院) 期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日													
主治医	医療機関名					主治医名		科		先生			
	所在地		〒 -			電話番号		()					
	前回受診日		令和 年 月 日			次回受診日		令和 年 月 日					

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 ※資格確認書の写しなど医療保険の加入が分かる書類を添付してください。

特定疾病	
------	--

※裏面もご記入ください

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認定結果を提示することに同意します。
サービス計画を作成するために必要があるときは、要介護・要支援認定にかかる調査内容、主治医意見書、介護認定審査会による判定結果及びその資料、介護保険負担割合情報を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、介護保険施設の関係者に提供することに同意します。
(更新申請の場合のみ) 私は、申請から30日以内に認定がされない場合、現在の認定の有効期間内であれば、認定延期通知の省略に同意します。

(本人氏名) _____ 代理人 (代理人氏名) _____

(注) 代理人が記入する場合は、代理人欄も記入してください。なお、提出代行者(ケアマネジャーや施設職員など)が提出する場合も、意思確認のために本人又は代理人(親族等)の自署が必要です。



【認定調査の訪問調整に関する事】

訪問の日程調整はどなたと行えばよろしいですか。

☐ 本人

☐ 本人以外（ A 氏名 続柄： Tel ）

訪問時は同席を希望されますか。

☐ 希望しない

☐ Aと同じものが希望する

☐ A以外のもの （氏名 続柄： Tel ）

訪問場所について

☐ 自宅

☐ 病院（ ）

☐ その他（ ）

身体状況（障害の有無、疾患名などをお書きください。）

利用希望のサービス
☐ デイサービス ☐ ヘルパー ☐ 住宅改修 ☐ 福祉用具購入 ☐ その他（ ）

訪問前に伝えておきたいこと（生活の中で困っている事や気になる事があればお書きください。）

委任状

令和 年 月 日

委任者
(被保険者)

住所

氏名

生年月日 年 月 日
(明治・大正・昭和)

電話番号 ()

私は、つぎの者を代理人と定め、介護保険(要介護・要支援)認定申請手続きに関する権限を委任します。

代理人
(申請者)

住所

(事業所名)
介護保険事業者・施設の場合

氏名

生年月日 年 月 日
(明治・大正・昭和・平成)

電話番号 ()

※申請時に委任する方の個人番号（マイナンバー）の提示及び代理人の本人確認書類の提示が必要です。
※被保険者の介護保険被保険者証を持参されますと、代理権のあるものとみなされ委任状は不要です。

ここから下は記入しないでください

町記入欄	提出	☐ 本人	☐ 代理	☐ 代行	☐ 郵送	
	本人確認 (代理人の本人確認)	写真有	☐ 個人番号カード ☐ 運転免許証 ☐ 介護支援専門員証 ☐ その他()			
		写真無 (2種類)	☐ 介護保険被保険者証 ☐ 介護保険負担割合証 ☐ 医療保険被保険者証 ☐ 年金手帳 ☐ その他()			
	代理権の確認	☐ 委任状 ☐ 本人の被保険者証など				
	個人番号の確認	☐ 個人番号(通知)カード ☐ 住民票(個人番号有)など ☐ 同意の上職員が確認				

被保険者証回収	受付印
済(/)・紛失	
資格者証発行	
窓・郵 (/)	
受付職員	