介護保険（要介護・要支援）認定申請書

□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。

香 美 町 長　様
次のとおり申請します。

申 請 年 月 日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

申請者氏名	香 美　太 郎	本人との関係	長男
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	〒667-1392 香美町村岡区村岡 390-1　　電話番号　0796（94）0321		

認定結果及び被保険者証送付先	□ 申請者 ☑その他(右記も記入)	氏 名	香 美　花 子	本人との関係	妻
		住 所	〒669-6592　香美町香住区香住870－1		

認定を受けようとする者	被保険者番号	０００００△△△△△	個人番号	×××× ×××× ××××	
	医療保険 保険者名	兵庫県後期高齢者広域連合	保険者番号	39285853	
	医療保険 被保険者証	記号	番　号	□□□□□□	枝番
	フ リ ガ ナ	カミ イチロウ	生年月日	明・大・(昭)　×年 ×月 ×日	
	氏　名	香 美　一 郎	性　別	(男)　・　女	
	住　所	〒669-6592 香美町香住区香住 870-1　　電話番号　0796（36）1111			
	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	転出元市町村名：　都・道府・県　市町・村 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　公立香住病院		
			所 在 地　香美町香住区若松 540-1		
			（ 入所 ・ (入院) ）期間　令和 ○年 ○月 ○日 ～ 令和 ○年 ○月 ○日		

主 治 医	医療機関名	公立香住病院	主 治 医 名	総合診療　科　□□ 先生
	所 在 地	〒669-6543 香美町香住区若松 540-1　　電話番号　0796（36）1166		
	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

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）　香　美　一　郎　　代理人（代理人氏名）　香　美　太　郎

（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　香美　太郎　続柄：長男　Tel　0796-94-0321　）
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（ 公立香住病院 ）　☐ 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。）
・脳出血の後遺症で右足がほとんど動かない。
・高血圧、糖尿病で通院中。

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。）
・最近急に家族に対して怒りだし、身近にある物を手当たり次第投げつけることがある。
・夕方になると「家に帰る」と言って、荷物をまとめて帰ろうとする。自宅であることを説明しても納得せず、外に出ようとするため目が離せず困っている。

委　　任　　状

令和　□□年　□□月　□□日

委　任　者 （被保険者）	住　所	香美町香住区香住８７０－１
	氏　名	香 美　一 郎
	生年月日 （明治・大正・昭和）	○○年　○○月　○○日
	電話番号	０７９６（３６）１１１１

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	香美町村岡区村岡３９０－１
	（事業所名） 介護保険事業者・施設の場合	
	氏　名	香 美　太 郎
	生年月日 （明治・大正・昭和・平成）	××年××月××日
	電話番号	０７９６（９４）０３２１

※窓口では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、それにより代理権のあるものとみなしますので委任状は不要です。

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
済（　／　）・紛失
資格者証発行
窓・郵　（　／　）
受付職員

受付印