

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]

施設・事業者が代行申請する場合は、この欄に事業者等の名称を記入し、施設・事業所の印を忘れずに押してください。

吉岡町長 様

窓口申請書を提出される方の氏名・本人との関係・住所・電話番号を記入してください。

申請年月日	XX年X月X日
本人との関係	長男
提出代行者名称	印
申請者住所	〒370-3608 吉岡町大字下野田560番地 電話番号 0279(54)3111

被保険者番号	10345XXXX	個人番号	個人番号(マイナンバー)を記入してください。
フリガナ	ヨシオカ ハナコ	生年月日	昭和〇年X月XX日
氏名	吉岡 花子	性別	男・ 女

住所	〒 介護保険証に記載されている情報を記入してください。 370-3608 吉岡町大字下野田560番地 電話番号 0279(54)3111	訪問調査の日程調整をしますので、必ず連絡のつく電話番号を記入してください。
----	--	---------------------------------------

被保険者 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	要介護状態区分 1 2 3 4 5 要支援状態区分 1 2
	有効期間	平成XX年XX月XX日 から 平成XX年XX月XX日
転出元自治体(市町村)名 []	※14日以内に他自治体から転入した者のみ記入	現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 (既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください) はい・いいえ
		「はい」の場合、申請日 年 月 日

居宅(介護予防)サービス計画作成依頼届出事業者名	居宅(介護予防)サービス計画の作成を依頼している事業者名を記入してください。
--------------------------	--

現在、入院・入所している施設 (短期入所も含む)	施設名(病院・介護保険施設等の名称) <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> 病院 所在地 <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> 市 <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> 町 1-2-3	現在、入院・入所中の方は、左欄の「有」に○、この欄に施設名・所在地、下欄におよその期間を記入してください。
<input checked="" type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 無	入院・入所期間 XX年 X月X日 から 年 月 日	・ <input checked="" type="radio"/> 当分の間

主治医	主治医の氏名 ●● △△ 所在地 〒370-XXXX 〇〇市■町1-2-3	医療機関名 <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> 病院 電話番号 027 ()
-----	---	---

2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

40歳から64歳の方は、こちらに必要事項を記入してください。提出の際には、医療保険被保険者証を持参してください。
※介護保険の対象となる16種類の特定疾病を確認してください。

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、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吉岡町から地域(介護予防)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、主治医意見事した調査員に提示することに同意します。また更新申請の場合で申請から30日以内期間内であれば認定延期通知の省略に同意します。

代筆の場合は、代筆者の氏名を記入してください。

同意内容を承認する場合は、被保険者本人が記入してください。
※本人の記入が不可能な場合は、本人同意のうえで親族が代筆をしてください。親族不在の場合に限り、介護支援専門員の代筆も可とし、同委の意思表示として本人署名欄に本人の認印を押印して下さい。

本人氏名	吉岡 花子 (代筆 吉岡 一郎)
調査立会い希望	<input type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 無
連絡先	自宅・申請者・その他
サービスの緊急性	<input type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 無
備考	