

介護保険要介護（要支援・要介護更新・要支援更新）認定申請書

御前崎市長 様

次のとおり申請します。

※医療保険の被保険者証の写しを添付して申請して下さい。

※黒ボールペンで記入して下さい。

被保険者 (介護等を要する者)	介護保険被保険者番号	0000123446	申請年月日	令和 4 年 4 月 11 日
	医療保険者名称	静岡県後期高齢者医療広域連合	個人番号(マイナンバー)	123456789123
	医療保険被保険者証	記号 <small>医療保険被保険者番号等の記入漏れがないようにお願いいたします。</small>	医療保険者番号	39222237
	フリガナ	オマエザキ イチロウ	番号	01234567 枝番
	氏名	御前崎 一郎	生年月日	大正・昭和 3 年 3 月 3 日
	住所	〒427-1612 御前崎市池新田5585	性別	男・女
	訪問調査先 (上記住所と異なる場合のみ記入)	※病院・施設名、住所等	電話番号	0537-85-1118
前回の要介護認定の結果等	要支援	1 2	要介護	1 2 ③ 4 5
	有効期間	令和 3 年 4 月 10 日 ~ 令和 4 年 5 月 31 日		
	※14日以内に 他自治体から 転入した者の み記入	ショートステイ(短期入所)やデイサービス等の通所サービスの利用は記入不要です。 「はい」の項目を令和 年 月 日		
過去6ヶ月間の 介護保険施設・ 医療機関等入所入院 の有無(該当に○)	名称等・所在地	市立御前崎総合病院	期間	令和3年12月1日~令和4年1月31日
	名称等・所在地	老健はまおか	期間	令和4年2月1日~令和4年3月31日

申請者	フリガナ	オマエザキ タロウ	被保険者からみた関係	子
	申請者氏名	御前崎 太郎		
	住所	〒 同上	電話番号	電話・勤務先など 4-5678
日中の連絡先	被保険者の普段の様子ができる方の立ち会いをお願いします。			

調査の立会い者 (該当に○)	申請者以外	御前崎 花子	被保険者からみた関係	家族 (子の妻)
			(該当に○)	施設職員・病院職員・ケアマネジャー その他

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・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設・介護医療院) 事業者法人等として申請ではない方(被保険者、ご家族等)は記入不要です。 電話番号
---------	---

主治医	フリガナ	ハマカ サブロウ	複数の医師にかかられている場合、被保険者の最近の心身の状態をよく把握しておられる医師を1名記入してください。 申請の前に主治医に主治医意見書を書いていただけるか確認してください。未連絡の場合、申請を受け付けることはできません。 申請の受付後、市から主治医へ「主治医意見書」を送付します。
	主治医の氏名	浜岡 三郎	
	所在地	〒437-1609 御前崎市池新田2060	
被保険者の最近の受診日、または予定日	令和 4 年 4 月 1 日		

第2号被保険者(40歳から64歳)の方は、特定疾病名を必ず記入してください。

特定疾病名	40歳から64歳の方は必ずご記入ください。特定疾病は主治医に確認してください。
-------	---

同意について被保険者が自著できない場合は代筆者が被保険者氏名を代筆し、代筆者氏名欄を記入して下さい。必ず署名してください。ゴム印等の使用・パソコン等での印字は不可です。

被保険者氏名 御前崎 一郎 (代筆者氏名 御前崎 太郎)

御前崎市記入欄	調査日	月 日 ()	システム	R	済	済	無	管	御前崎市 記入欄	受付印 (申請日)
調査時間	調査場所	調査員	済	未	未	有				