

介護保険（要介護・要支援）認定申請書

新規 更新 変更 転入

新規(要支援からの区分変更) 新規(事業対象者)

※該当するものにレ印をつけてください。※総合事業のサービスを利用している方が、認定申請する場合は、事前に地域包括支援センターへご相談ください。

受付	担当	係長(主幹)	課長(参事)
決裁			
施行			

大和市長 あて
次のとおり申請します。

申請日(市受領日)	年 月 日
-----------	-------

被 保 険 者	被保険者番号	0 0 0	生年月日	明・大・昭 年 月 日
	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		性別	男 ・ 女
	氏名		年齢	歳
	住所 (住民登録地)	〒 -	自宅 携帯	- - - - (様方)
	現在いる所 (調査場所)	施設名 (病棟/部屋番号)	(退所・退院予定日: 年 月 日)	
	1. 自宅以外 (右欄ご記入)	施設住所	〒 -	電話番号 - -
	2. 自宅	種別 (該当にレ点)	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 特定施設 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	認定情報	月末まで	要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5
※14日以内に他自治体から転入した者のみ記入	転出元自治体(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 (既に認定結果通知を受け取っている場合は「はい」の場合、申請日 年 月 日)			

主治医	医療機関名		最終受診 年 月	年 月
	主治医氏名 (診療科)	()	科)	【大和市記入欄】 <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続
	所在地	〒 -	電話番号	- -

2号の被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)は特定疾病名を記入して下さい。(疾病名:裏面参照)
 ※2号の方は医療保険者から交付される、氏名・生年月日、医療保険の被保険者番号、保険者情報等が記載された書類のコピーを必ず添付してください。(添付が無い場合、大和市において医療保険情報の確認が出来た日が申請日(市受領日)となります)

特定疾病名		【大和市記入欄】 医療確認 <input type="checkbox"/> 確認済 <input type="checkbox"/> 未確認
-------	--	--

代理人・ (提出代行者)	フリガナ氏名(続柄) (提出代行者名)		(続柄:)
	住所 (所在地)	〒 -	自宅 携帯 - - - -
	提出代行者種別	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 指定介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院	
	本人への説明の有無	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施(※本人への説明を行ってください) ※提出代行者から本人・家族に今回の代行申請について説明を行っていますか。	

認定調査の立会者 (<input type="checkbox"/> 代理人が立会い)	名前:	自宅・携帯	- -
	続柄:	※代理人が立会いの場合は当欄記入不要	

※裏面の記入もお願いいたします。

被保証	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 返却済
-----	--

