

介護保険 **新規** 申請書
 分 変 更 }
 新 認 定 }
 申請区分に合わせて
 内にし点でチェック
 してください。

紀北広域連合長 様 次のお通り申請します。

申請者氏名	尾鷲 花子	本人との関係	長女
提出代行者 名称	該当に○ (地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設・介護医療院)		
申請者住所	〒 519-36×× 尾鷲市○○町○-○ 電話 0597 ()		

認定結果通知書(被保険者証含む)の送付先が本人の住所と異なる場合は、住民票の住所地に結果を送付する場合はこの欄は記入不要です。

送付先の変更を希望された時のみ、本人様の捺印をお願い致します。

本人(被保険者)氏名及び確認印

被保険者番号	5 4 3 0 0 0 0 0 0 0	個人番号	
フリガナ	キホク イチロウ	申請年月日	令和 年 月 日
氏名	紀北 一郎	生年月日	明 年 月 日
住所	〒 519-3405 紀北町船津881-3		
前回の要介護認定の結果等	要介護状態区分	1 2 3 4 5	2
	有効期限	年 月 日 ~	年 月 日

申請の理由 (要介護認定者の更新申請以外は必ず理由をご記入下さい)

どういったご病気やおケガで介護が必要になったかや、どんなお身体の状態なのか、また使いたいサービスがあれば申請の理由にご記入ください。また平成29年度より総合事業が開始しているため、要支援認定を持っている方で更新を希望される場合も要支援更新申請が必要な理由をご記入願います。

過去6か月の介護保険施設の有無 (短期入所除く)

入院中の方は病院名と病室を記入してください。

医療機関退院予定日

2号被保険者(40歳から64歳の方)は特定疾病名を記載していただき、健康保険証等のコピーを添付して下さい。初めて申請する場合は被保険者番号が無いため、2号の交付申請書も併せて提出してください。

主治医	医療機関名	○○病院
	主治医氏名	広域 三郎 先生
	所在地	〒 519-3405 紀北町船津○○-○

※40歳から64歳の方のみ記入して下さい。また申請時に医療保険証を持参するか、写しを添付して下さい。

特定疾病名

介護サービス計画又は介護予防サービスにかかる調査内容、介護認定審査会による支援センター、居宅介護支援事業者、掲載した医師又は認定調査に従事した調査

こちらの欄に申請者ご本人の署名が必要となります。ご本人が署名できない場合は、代筆が可能です。代筆の場合は代筆者の氏名を本人氏名欄の下に併せてご記入ください。

認定域包括書を記

《連絡事項》

現在利用中のサービスや、同席希望者がいる場合、および連絡先が異なる場合の連絡先等を付箋でなく、こちらに直接ご記入ください。その他必要な情報や伝達すべき内容がある場合もこちらにご記入ください。

人(被保険者)氏名(必ず記入)

紀北 一郎

代筆の場合は代筆者氏名をこちらへ記入して下さい

尾鷲 花子