

介護保険

新規  
 新  
(要支援か  
 ※該当する申請区)

申請区分に合わせて  
内にし点でチェック  
 してください。

分 変 更 } 申請書  
 新 認 定 }

紀北広域連合長 様 次のとおり申請します。

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○-○		☎ 0597	記入時のみ、本人様のお名前をお願い致します。
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の住 宛名	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。		☎	
被 保 険 者	介護保険 被保険者番号	5 4 3 0 0 0 0 0 0 0 0	個人番号	
	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	キタ イチロウ	申請年月日	令和 年 月 日
	氏 名	キタ イチロウ	生年月日	明・大・ 年 月 日
	住 宅	紀北町船津881-3	性 別	
	前回 認定	3 4 5	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いのか、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 間の介護保 険施設 療養 院・ 有無 (短期入所除く)	入院中の方は病院名と病室 をご記入ください。		
	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 出して下さい。		
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	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。	支援認定 地域包括 見書を記
-----------	--	----------------------

《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。	本人 (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 (続柄) 尾鷲 花子 長女
---	---