

介護保険



新 規 認



区分变



認 新 更

申請書

申請区分に合わせて
□内にレ点でチェック
してください。

ください

紀北広域連合長 様

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、本人様のお名前の記入をお願い致します。
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	〒		☎	
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。		の関係 氏名	
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 被保険者証	保険者名	保険者番号	
	フリガナ	キホク イチロウ	申請年月日	令
	氏 名	紀北 一郎	生年月日	明
	住 所	〒 519-3405 紀北町船津881-3	性 別	
	(被保険者証記載住所)		☎ 0597 (35) 0888	
	前回の要介護 認定の結果等	要介護状態区分 1 2 3 4 5	要支援状態区分 1 2	
	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。		
	過去6か月間の 介護保険施設・医療機関 等入院・入所の有無 (短期入所除く)	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。		
	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、医療保険の加入状況が確認できるもの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。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	
-----------	--

介護サービス計画等介護保険事業の適切な運営のために必要があるとき、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、紀北広域連合が提供し、並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した情報センター（居宅介護支援事業者、居宅介護サービス事業者、地域密着型サービス事業者）から得た情報を活用する。

こちらの署名欄は上記の内容に同意いただいた場合にご本人が署名をお願いいたします。

業者、行
業を電
由で電
《連絡

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。

こちらの署名欄は上記の内容に同意いただいた場合にご本人が署名をお願いいたします。

本人以