

介護保険 要介護認定・要支援認定
要介護更新認定・要支援更新認定

申請書

記入例

彦根市長 様
次のとおり申請します。

被 保 者	被保険者番号	1 0 0 0 1 2 3 4 5 6	申請年月日	平成 22 年 1 月 23 日	
	フリガナ	ヒコネ タロウ	生年月日	明・大・昭 11 年 4 月 1 日 (73) 歳	
	氏 名	彦根 太郎	性 別	男 ・ 女	
	住 所	〒 5 2 2 - 0 0 4 1 彦根市平田町 6 7 0 電話番号 0 7 4 9 - 2 3 - 9 6 6 0			
	申請者等 連絡先	氏 名	彦根 一郎	被保険者 との続柄	長男
		住 所	〒 5 2 2 - 0 0 4 1 彦根市平田町 6 7 0 - 1 電話番号 0 7 4 9 - 2 6 - 1 7 6 8		
現 在 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	
	有効期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日			
	過去 6 ヶ月間の介護 保険施設・医療機関 等入院入所の有無	介護保険施設の名称等・所在地	期間	年	
	有 ・ 無	介護保険施設の名称等・所在地	期間	年 月 日	
医療機関等の名称等・所在地		彦根病院 期間 21 年 11 月 11 日 ~ 21 年 12 月 12 日			
	医療期間等の名称等・所在地	期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
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)		印	
	住 所	〒 _____ 電話番号 _____			

過去 6 ヶ月間に入院や入所がある場合は、必ず記入してください

代行申請の場合、記入・押印が必要です

主 治 医	主治医の氏名	介護 保	医療機関名	介護医院
	所在地	〒 5 2 2 - 0 0 7 1 彦根市元町 4 - 2 電話番号 0 7 4 9 - 2 2 - 1 4 1 1		

第二号被保険者 (40 歳から 64 歳の医療保険加入者) のみ記入

医療保険者名	40 歳から 64 歳の方は、記入が必要です
特定疾病名	

介護認定調査日の希望 (訪問調査日の日程調整の参考にさせていただきます。)

都合が良い	曜日	火・水・木	時間	午前中
都合が悪い	曜日	月・金	時間	終日

同意されない場合は氏名を記入しなくても結構ですし、部分的に同意しないことも可能です

介護サービス計画または介護予防サービス計画を作成するために必要があるときは、認定審査会資料、認定調査票 (特記事項) および主治医意見書を彦根市から地域包括支援センター、居宅サービス事業者もしくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師に提出することに同意します。要介護認定・要支援認定に係る認定審査会資料、認定調査票 (特記事項) および主治医意見書を彦根市から私の同居の親族および同居でない子その他の親族に提示することに同意します。

本人氏名 彦根 太郎