

第1号様式

要介護・要支援認定（新規）申請書

窓口提出日を記入

唐津市長 様

R5年 ○月 ○日

被保険者の情報	介護保険被保険者番号	3 0 0 0 0 0 0 0 0 0	個人番号		
	医療保険被保険者名	唐津市		医療保険被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7
	医療保険被保険者証	記号	本人氏名ではありません	番号	1 2 3 4 5 6 7 枝番 0 0
	フリガナ	カラツ タロウ		性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
	被保険者氏名	唐津 太郎		生年月日	明治・大正・昭和 ○○年○月○日
	住所	郵便番号	8 4 7 - 8 5 1 1		
		唐津市 西城内 1 番 1 号			〇〇事業所ケアマネ〇〇 受取
	電話番号	0 9 5 5 - 〇〇 - 〇〇〇〇			
	※現在、要支援認定を受けている場合のみ記入	要支援状態区分		結果を本人の住所以外へ送る、あるいはケアマネが受取をしたい時は鉛筆でわかるように記入してください。 (例)「〇〇事業所ケアマネ〇〇 受取」 「送付先:〇〇市〇〇町〇〇 〇〇様方(子)」 など	
	※14日以内に他自治体から転入した者のみ記入	転元元自治体(市町村)名		申請日	年 月 日
要介護・要支援認定を申請中		はい ・ いいえ			
過去6カ月の介護保険施設・医療機関等への入院・入所	過去6月間の入院、入所の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 無			
	①介護保険施設の名称等・所在地	①と②は介護保険施設情報 ③と④は医療機関等の情報を記入してください。			
	①期間(始期)	年 月 日	①期間(終期)	年 月 日	
	②介護保険施設の名称等・所在地				
	②期間(始期)	年 月 日	②期間(終期)	年 月 日	
	③医療機関等の名称等・所在地	〇〇病院			
	③期間(始期)	R 4 年 1 0 月 1 日	③期間(終期)	R 4 年 1 0 月 2 0 日	
	④医療機関等の名称等・所在地				
④期間(始期)	年 月 日	④期間(終期)	年 月 日		
提出代行者の情報	種別	居宅介護支援事業者		名称	〇〇居宅介護支援事業所
	住所	郵便番号	8 4 7 - 0 0 0 0		名称は事業所名や施設名を記入 家族申請の場合は、申請する家族の氏名を記入してもらう
	電話番号	唐津市 〇〇町 〇〇〇〇番地			
本人申請の場合は住所と電話番号は記入不要	必ず「有」に〇	フルネームで正確に記入をお願いします (申請前に必ず依頼する旨、予診票が必要か不要か等を病院に確認してください)			
主治医の情報	主治医の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 無			
	主治医の氏名	佐賀 一郎			
	医療機関名	〇〇病院			
	医療機関の所在地	郵便番号	8 4 7 - 0 0 0 0		
		唐津市 〇〇町 〇〇〇〇番地			
医療機関の電話番号	0 9 5 5 - 〇〇 - 〇〇〇〇				
特定疾病名	第2号被保険者は主治医に必ず特定疾病名に該当するかを確認し、医療保険証のコピーを添付して申請してください				
認定調査の連絡先	フリガナ	カラツ ハナコ		調査に立ち会い可能なご家族やケアマネの情報を記入	
	連絡先氏名	唐津 花子			
	担当者の電話番号	0 9 5 5 - 〇〇 - 〇〇〇〇			
	担当者のメールアドレス	(記入不要)			
本人同意	介護サービス計画の作成等介護保険事業と連携して実施する上には、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、及び主治医意見書を、居師又は認定調査に従事した調査員へ提出する必要があります。本人やご家族が同意されたうえ、必ず☑をお願いします。署名は不要です。				
<input checked="" type="checkbox"/> 同意する					

記入補足

2ページ目は記入補足です。

提出代行される場合は印刷不要です。

○提出代行者の情報欄について、ご家族が代理で申請される場合は、次のとおり記入する。

(1) 種別欄は、被保険者からみた代理申請されるご家族との続柄を記入する。

例：夫、妻、子 など

(2) 名称欄は、代理申請されるご家族の氏名を記入する。

(3) 住所欄と電話番号欄は、代理申請者の住所及び代理申請者の電話番号を記入する。