

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 〇月 〇日

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	男 女 生年月日 明治・大正・昭和 〇〇年〇月〇日
	被保険者氏名	唐津 太郎			
	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	有 ・ 無	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介護保険施設の名称等・所在地				
	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			
		R 4 年 1 0 月 1 日	③期間(終期)	R 4 年 1 0 月 2 0 日	
提出代行者の情報	種別	本人		名称	唐津 太郎
	住所	郵便番号 (本人申請の場合は記入不要)			
	電話番号	必ず「有」に〇 (本人申請の場合は記入不要)			
主治医の情報	主治医の有無	有 ・ 無	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		被保険者との関係	妻
	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に同意する旨の書面を提出し、要介護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し、同意する旨を記載した調査票を提出してください。本人やご家族が同意されたうえ 必ず <input checked="" type="checkbox"/> をお願いします。署名は不要です。				

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。