

第12条関係)

介護保険

要介護認定・要支援認定

申請書

西彼杵郡時津町長 様

次のとおり申請します。

要介護更新認定・要

ご加入の医療保険に関する内容をご記入ください。（健康保険証または資格確認証に記載があります。）なお、保険者名は後期・国保等の略称でも構いません。

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号												個人番号											
	医療 保険	保 険 者 名	長崎県後期高齢者医療広域連合										保 険 者 番 号		39423082									
		被 保 険 者 記号・番号	記号	123456										番 号		56789				枝番				
	フリガナ		トギツ タロウ										生 年 月 日		S〇〇 年 〇月 〇日									
	氏 名		時津 太郎										性 別		男 ・ 女									
	住 所		〒 851-2198 時津町浦郷274番地1										電話番号											
	前回の要介護 認定の結果等		*要介護・要 支援更新認 定の場合の み記入		要介護状態区分 ① 2 3 4 5										有の場合は、入院入所先の名称・住所・期間をご記入ください。明確な期間が分からない場合は、おおよそで構いません。									
					有効期限 年 月																			
			※14日以内に 他自治体から 転入した者の み記入		転出元自治体(市町村)名 〔 現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請している場合は「いいえ」を選択してください）はい・いいえ 「はい」の場合、申請日 年 月 日																			
	過去6月間の 介護保険施設、 医療機関等への 入院、入所の 有無		介護保険施設等の名称等・所在地 介護施設 とぎつ 時津町元村郷14番地1										期間 R8 年 8 月 1 日～ 年 月 日											
介護保険施設等の名称等・所在地										期間 年 月 日～ 年 月 日														
医療機関等の名称等・所在地 とぎつ医院 時津町元村郷14番地1										期間 R8 年 7 月 1 日～R8 年 7 月31日														
(有) ・ 無		医療機関等の名称等・所在地										期間 年 月 日～ 年 月 日												

有の場合は、入院入所先の名称・住所・期間をご記入ください。明確な期間が分からない場合は、おおよそで構いません。

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・介護医療院）
	住 所	〒 電話番号

主 治 医	主 治 医 の 氏 名		医 療 機 関 名	
	所 在 地	家族・親族が代行申請する場合はこちらの欄ではなく、裏面の申請者情報記入欄		

家族・親族が代行申請する場合はこちらの欄ではなく、裏面の申請者情報記入欄にご記入下さい。

事業所からの代行申請は欄内の事業所に該当する場合のみ行えます。

医療機関や該当しない事業所等からの申請の際は、本人・家族・親族の了承のうえ、裏面に代筆での申請を行ってください。

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

特 定 疾 病 名	
-----------	--

申請対象の被保険者本人氏名を
ご署名ください。なお、本
人が家族に了承のうえ、代筆
可能です。

本人氏名

時津 太郎

記入例

介護保険 要介護・要支援認定申請書 裏面

被保険者氏名	時津 太郎		
申請者氏名	時津 花子	本人との関係	妻
住所	〒 電話番号		

- 調査では、ご家族や介護者の方にご本人の状態をお聞きます。日頃の状態をご存じの方の同席をお願いします。連絡先については、確実に連絡のとれる時間帯及び電話番号をご記入ください。

同席者	氏名	本人	
	住所	被保険者と同じ・申請者と同じ 別住所〔	
	連絡先	自宅・携帯・勤務先 095-882-2211	連絡のとれる時間帯 9 : 00 ~ 17 : 00

家族・親族が代行申請を行う場合は表面の提出代行者欄ではなく、こちらにご記入ください。
なお、事業所の代行申請の場合は、こちらに担当者氏名と本人との関係を記入ください。

- 調査場所に○をつけてください。居住地以外の場合は名称・所在地をご記入ください。

【調査場所】	居住地・入院施設・入所施設・住民票の住所と異なる住宅等
【名称】	(入院施設の場合は号室) 号室
【入院・入所期間】	～
【所在地・電話番号】	Tel

- 調査可能な曜日・時間帯に○をつけてください。(詳しい日時はお

	月	火	水	木	金
午前					
午後					

毎週・隔週利用のサービスを分かる範囲でご記入ください。
また、入院中で利用していない場合は在宅時に利用していたサービスをご記入ください。

- 現在利用されている介護サービス・通院状況についてご記入ください。

- ・デイケア、デイサービス利用曜日：
- ・ヘルパー利用曜日：
- ・福祉用具購入、レンタル内容：
- ・定期通院曜日：

- 今回の申請について、連絡事項がありましたらご記入ください。

※新規申請・変更申請は理由をご記入ください。

連絡事項	
------	--