

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

(あて先) 北海道美唄市長
次のとおり申請します。

被 保 険 者	被保険者番号																	申請年月日	平成	年	月	日
	フリガナ															生年月日	明・大・昭	年	月	日		
	氏名															性別	男・女					
	住所	〒														電話番号						
	前回の要介護認定の結果等 *要介護・要支援更新認定のみ記入	要介護状態区分 1 2 3 4 5 経過的要介護 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 月 日 ~ 年 月 日						
		介護保険施設の名称等・所在地														期間 年 月 日 ~ 年 月 日						
		医療機関等の名称等・所在地														期間 年 月 日 ~ 年 月 日						
	有・無	医療機関等の名称等・所在地														期間 年 月 日 ~ 年 月 日						

申請者氏名															本人との続柄				
申請者住所	〒														電話番号				
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				

主治医	主治医の氏名															医療機関名				
	所在地	〒														電話番号				

2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															医療保険被保険者証記号番号				
特定疾病名																			

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成するためには必要があるときは、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美唄市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者若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又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。

本人氏名

調査時立ち会い希望 (有・無) 有の場合 立会人氏名 () 被保険者との関係 ()
連絡事項(認定調査連絡など)がある場合は記載してください

市記入欄

備 考	介護保険料 納付状況	特徴・普徴 滞納 有・無 (H 年 期まで完納)
	被保険者証回収	有・無
	資格者証交付	有・無

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

(あて先) 北海道美唄市長
次のおり申請します。

介護保険の窓口へ提出
する日を記入

被 保 険 者	被保険者番号	0 0 0 0 0 1 2 3 4 5	申請年月日	平成 2 0 年 4 月 1 日
	フリガナ	ビバイ タロウ	生年月日	明・大・昭 3 年 4 月 5 日 (9 4 歳)
	氏 名	美 唄 太 郎	性 別	男 ・ 女
	住 所	〒072-9999 美唄市東 条南 丁目 番号		
	前回の要介護認定の結果等 *要介護・要支援更新認定のみ記入	要介 有効	過去の要介護 要支援状態区分	1 2
	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	平成 2 0 年 4 月 3 0 日		

過去6ヶ月間に入院・入所等あれば、その期間を記入。
申請時現在入院・入所中であれば「現在」と記入。

認定申請者本人、又は家族等申請に来た方の氏名、続柄、住所、電話番号
介護事業者の代行申請以外の申請者の場合 緑色の枠

申請者氏名	介 護 花 子	続柄	ケアマネジャー
申請者住所	〒072-9999 美唄市東 条南 丁目 番号		
提出代行者名称	特別養護老人ホーム ×		

提出代行が認められている事業者が申請する場合、事業所の担当者、住所、名称等記入し、該当する施設の種類の につける。
オレンジの枠

主治医	主治医の氏名	空知 次郎	医療機関名	医療法人 会 病院
	所在地	〒072-0000 美唄市西 条北 丁目 番 電話番号 0126-60-0000		

2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	医療保険被保険者証記号
特定疾病名	

満40歳から64歳で申請される方のみ記入。必ず医療保険証も提示してください。

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成する必要があるときは、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美唄市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者若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又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。

本人氏名 美 唄 太 郎

調査時立ち会い希望 (有・無)	(有)
有の場合 立会人氏名 (美唄 良子) 被保険者との関係 (妻)	
連絡事項(認定調査連絡など)がある場合は記載してください	
調査のときに立ち会いたいので調査日程が決まりましたら、立会人へ連絡願います。 良子さん自宅電話69- × ×です。午前中は通院などで不在が多いので午後連絡願います。	

市記入欄

備 考	認定調査のときの立ち会いの有無、連絡先、都合の悪い日などのほか、事前に連絡しておきたいことがあれば記入してください。	介護保険料納付状況	特 徴 ・ 普 徴 滞 納 有 ・ 無 (H 年 期まで完納)
		被保険者証回収	有 ・ 無
		資格者証交付	有 ・ 無