

《申請書記載例》

申請年月日、申請者（窓口への提出の場合は、窓口に来られた方。郵送の場合は、本人又はご家族等。）の氏名、住所、連絡先（電話番号）、被保険者（介護認定を受けたい方）からみた関係（続柄等）をご記入ください。

様式第4号（第9条関係）

介護保険要介護・要支援（新規・更新・変更）認定申請書

魚津市長 あて



・太枠内を記入してください。
・「※」欄は該当する方のみ記入してください。

次のとおり申請します。

| | | | |
|-----------|--------------------------------------------------------------------|----------|----------|
| 申請者氏名 | 魚津 太郎 | 申請年月日 | 令和4年4月1日 |
| 申請者住所 | 魚津市〇〇〇〇〇〇番地■ | 被保険者との関係 | 子 |
| 申請代行者所属名称 | 該当に〇（指定居宅介護支援事業者・地域包括支援センター・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院・指定介護療養型医療施設） | | |

※令和4年4月1日より医療保険情報の記載が必要になりました。富山県後期高齢者医療広域連合及び魚津市国保加入の方は該当欄に✓のみ記入してください。上記以外の方は、その他に✓し、保険者番号等記入してください。医療被保険者証の写しの添付等は必要ありません。

| | | | |
|-----------------|-----------------------------------------|----------------------------|--------------------------------------------|
| 介護保険被保険者番号 | 0987654321 | 個人番号 | @@@@@@@@@@@@ |
| 医療保険被保険者名 | □富山県後期高齢者医療広域連合 □魚津市（国保加入の方） □その他（ ） | | 保険者番号 |
| 被保険者証 | 記号 | 番号 | 枝番 |
| フリガナ | ウオツ イチロウ | 生年月日 | 昭和4年3月21日 |
| 氏名 | 魚津 一郎 | 性別 | 男・女 |
| 住所 | 魚津市△△△◇◇番◆号 | 電話番号 | *****-**** |
| 調査先 | ☆☆☆総合病院 A病棟5階 (503号室) | 電話番号 | *****-**** |
| 日中の連絡先 | 氏名 魚津 太郎 | 被保険者との関係 | 子 |
| 電話番号 | *****-**** | | |
| ※更新(変更)認定の場合に記入 | 前回(現在)の要介護認定の結果等 | 要介護状態区分 要支援状態区分 有効期間 | 1 2 3 4 5 経過的要介護 1 2 年 月 日から 年 月 日まで |
| ※変更申請の場合に記入 | 変更申請の理由 | | |

要介護認定を受けたい方の被保険者番号、氏名、生年月日、性別等を記入してください。

訪問調査先が、ご住所と異なる場合は、調査を受ける場所を記入してください。

訪問調査にお立ちいただける方（又はこの認定申請についての諸事項を確認できる方）の氏名、被保険者のご関係、連絡先（携帯電話番号等）を記入してください。

区分変更申請（要介護度の見直し）の場合は、申請理由を必ず記入してください。

| | | | |
|-------------------|-----------------|-------|-------------|
| 主治医の氏名 | ▲▲医師 | 医療機関名 | ☆☆☆総合病院 |
| ※意見書の添付の有・無 | ※意見書の添付のない場合に記入 | 所在地 | 魚津市◇◇◇●●●番地 |
| 電話番号 (*****-****) | | | |

かかりつけの医療機関（主治医のいる病院等）の名称と所在地、主治医を記入してください。

| | |
|-------------------------------|------|
| 第2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入 | 定疾病名 |
|-------------------------------|------|

介護サービス計画を作成するために必要があるときは、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を居宅介護支援事業者、地域包括支援センター、居宅サービス事業者、介護保険施設の関係者、主治医意見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 魚津 一郎 (代理者氏名 魚津 太郎 本人との続柄 子)

(注)・「主治医意見書」及び「被保険者証」を添付して申請してください。
・第2号被保険者については「医療保険被保険者証」も添付してください。

申請者が認定を受けたい方の氏名を記入してください。

申請者が認定を受けたい方(本人)以外の場合、申請者の氏名と本人からみたご関係を記入してください。※申請者が本人で、かつ、本人氏名を自書されている場合は記載不要です。