

介護保険 要介護認定・要支援認定申請書

和泉市長あて
次のとおり申請します。

被 保 険 者	1 申請区分	<input checked="" type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 要支援者の要介護新規申請 <input type="checkbox"/> 区分変更 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> その他
	2 申請年月日	〇〇年 〇月 〇日 2 申請日をご記入ください。 昭和 〇〇年 〇月 〇日
	氏名	和泉 花子 3 被保険者本人の氏名・住所等をご記入ください。
	4 住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇町〇-〇
申請の理由	【例】〇月〇日に転倒し、左大腿部を骨折した。歩行や立ち上がりが困難な状態のため、着替えや清潔行為等に介護の手間がかかるため。	
5 介護保険施設医療機関等	名称	〇〇〇ケアハウス
6 所在地	〇〇市 〇〇町 〇-〇	被保険者本人の住民票住所以外に認定結果の送付を希望される場合は、〇をしてください。家族宅へ送付希望の場合は、送付先住所、宛名及び続柄をご記入ください
7 医療機関名	〇〇病院	医師氏名 〇〇 〇〇 (整形外科)
8 氏名(続柄)	大阪 花子 (長女)	提出者の氏名・住所等をご記入ください。
9 住所又は所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇番〇号 電話番号(〇〇〇)〇〇-〇〇〇〇	
10 加入医療保険の名称等	※40歳から64歳の医療保険加入者は、医療保険証のコピーを添付してください。 ※45歳から65歳未満の方は、医療保険証のコピーを添付してください	
11 特定疾病名	40歳から65歳未満の方のみご記入ください。(主治医に特定疾病に該当するか確認してください。)	
同意欄	同意欄の内容を確認し 被保険者本人の氏名をご記入ください。 ※本人が自署できない場合は被保険者本人の氏名を記入し押印してください。	
送付先	本人氏名	和泉 花子 (和泉 認定を受ける方) ※本人が自署できない場合は記名押印してください

該当区分に「✓」を付けてください。

申請日をご記入ください。

被保険者本人の氏名・住所等をご記入ください。

新規・介護度の変更申請の場合のみ、申請理由をご記入ください。

入院・入所中の方はご記入ください。

被保険者本人の住民票住所以外に認定結果の送付を希望される場合は、〇をしてください。家族宅へ送付希望の場合は、送付先住所、宛名及び続柄をご記入ください

市から医療機関に主治医意見書の記入依頼をします。提出者が、主治医の医療機関名、

提出者の氏名・住所等をご記入ください。

加入している医療保険について記入してください。
 ※45歳から65歳未満の方は、医療保険証のコピーを添付してください

40歳から65歳未満の方のみご記入ください。(主治医に特定疾病に該当するか確認してください。)

同意欄の内容を確認し
 被保険者本人の氏名をご記入ください。
 ※本人が自署できない場合は被保険者本人の氏名を記入し押印してください。

和泉 花子 (和泉 認定を受ける方)
 ※本人が自署できない場合は記名押印してください