

# 介護保険認定申請

大分市長 殿

次のとおり申請します。

要支援の方が要介護認定申請をされる場合、区分は1・新規、1・要介護を選択してください。

申請区分 (○をしてください。)	1. 新規 ②. 更新	申請識別区分 (○をしてください。)	①. 要介護 2. 要支援	申請年月日	令和00年00月00日
申請者 氏名 又は 事業所名	提出代行者の場合は、該当するものに○をしてください。 (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・地域密着型介護老人福祉施設・介護医療院) 介護保険サービスセンター○○○○			被保険者との関係	提出代行者
	担当者 ( 介護 花子 )				( )
住所 又は 所在地	〒 870-9999 電話番号 097 ( 999 ) 9999 大分市○○町○○番○○号				

日程調整をする方の連絡先等を記入し、立会人が複数いる場合は裏面へ記入してください。

訪問調査の立会いを希望する場合は、立会人の氏名、連名、また、訪問調査に当たって特に知らせておきたい事項等		被保険者との関係 ケアマネジャー		調査希望日等 (サービス利用日等) その他の連絡事項
立会人 (有)・無	氏名 介護 花子 TEL 097 ( 999 ) 9999	※ケアマネジャー立会いの有無 (有)・無		

被保者	被保険者番号	0 0 0 0 9 9 9 9 9	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3	
	フリガナ	オオイタ タロウ		生年月日	明・大・昭99年99月99日
保	氏名	大分 太郎		性別	(男) ・ 女
	住所	〒 870-1234 大分市○○町○○番○○号		電話番号	097 ( 123 ) 4567
険	前回の要定の給付	5 要支援状態区分 ① 2		0日から 令和00年00月00日	
	施設利用の有無 (調査場所等) (有)・無 (有の人は右側を記入)	自宅外にいる場合「有」を選び、入所(入院)施設名・所在地・電話番号を記入してください。申請時の状況をご記入下さい。 入所施設名 ○○病院 〒 870-0000 電話番号 097 ( 000 ) 0000 所在地 大分市○○町○○番○○号		医療機関(医療機関)その他の施設	
者	14日以内に他自治体から転入した人のみ記入	転出元自治体名 ( ) 転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中(はい・いいえ) 申請日 (令和 年 月 日)			

主治医	主治医の氏名	大分 一郎	医療機関名	○○病院
	所在地	〒 870-0000 大分市○○町○○番○○号	電話番号	097 ( 000 ) 0000

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	医療保険者名	大分市	医療保険被保険者番号	2号被保険者の方が申請する場合、疾患名を記入してください。
	特定疾病名	脳血管疾患		

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、この介護保険認定申請に係る認定調査票及び主治医意見書の写しを資料提供申請者に交付することに同意します。  
また、この申請による認定等結果を、大分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、介護保険施設又は地域密着型サービス事業者の関係人及び主治医意見書を記載した医師に提示することに同意します。  
(更新申請の場合のみ)私は、申請日から30日以内に認定等結果をお知らせの省略に同意します。

要支援の方が要介護認定を申請される場合、どこに変更が生じたか具体的に記入してください。

本人記名 大分 太郎

介護申請の場合のみ記入してください。  
(新規・更新申請を除く。)

申請の理由	
-------	--

裏面の資料提供申請の内容(✓点をつけてください。)

<input checked="" type="checkbox"/> 認定調査票(概況調査・基本調査・特記事項)
<input checked="" type="checkbox"/> 主治医意見書

チェック欄(記入しないでください。)

電算入力 <input type="checkbox"/>	入力チェック <input type="checkbox"/>	再交付 <input type="checkbox"/>
-------------------------------	---------------------------------	------------------------------