

介護保険(要介護・要支援)認定申請書

(あて先) 東三河広域連合長 様
次のとおり申請します。

新規 更新 要介護・要支援状態区分変更
新規(要支援から要介護への区分変更) 転入

該当するものに
チェックを入れて
ください。

※申請者が本人の場合は、「申請書提出者欄」の記入は不要です。

申請書提出者	フリガナ	コウイキ ハナコ	申請年月日	令和元年 5月 1日
	氏名	広域 花子	本人との関係	担当ケアマネジャー
	提出代行者等 名称	該当項目に <input checked="" type="checkbox"/> <口地域包括支援センター <input checked="" type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 > 東三河居宅介護支援事業所		
	住所 所在地	〒 440-0806 豊橋市八町通二丁目16番地2 介護保険課内 電話番号 (0532) XX - XXXX		

提出代行者が申請
する場合は、
事業所名を記入し
てください。

被保険者(申請者)	フリガナ	コウイキ タロウ	被保険者番号	X X X X X X X X X X
	氏名	広域 太郎	生年月日	明・大・昭 30年 10月 10日
	住所	〒 440-0806 豊橋市八町通九丁目16番地 電話番号 (0532) XX - XXXX		
	医療保険者名	●●県後期高齢者広域連合	医療保険 被保険者証記号番号	X X X X X X X X X X
	前回の要介護 認定の結果等	認定区分 要介護 1 ② 3 4 5 要支援 1 2	有効期間	30年 7月 1日 から 元年 6月 30日 まで
	申請の理由	X 退院後のため、介護サービスを利用したため。 例1: 自宅で転倒し、右手首骨折。そのため、一人での入浴が困難となった。デイサービスを利用して入浴補助を受けたいため申請。 例2: ○月△日に脳梗塞を発症し、左半身麻痺となった。現在入院中で退院の目途がつかないが、自宅での自立した生活が難しいため、施設入所を考慮しての申請。		
	現在入所・入院中の 介護保険施設・病院 の有無 (ショートステイを除く)	<施設名> 東三河総合内科 <所在地> 豊橋市八町通六丁目345 電話番号 (0532) 26-XXXX	期 間	30年 3月 1日 から 30年 5月 31日 まで (退所・退院予定)

新規の場合、
前回の認定結果は
不要です。

該当する場合は、
ご記入ください。

必ずご記入くださ
い。
※事前に主治医へ
意見書作成の承諾
を得てください。

主治医	医療機関名	東三河総合内科	フリガナ	ミカワ シロウ
	所在地	〒 440 - 0806 豊橋市八町通六丁目345 電話番号 (0532) 26 - XXXX	主治医氏名	三河 四郎

40~64歳の方は、
太枠内をご記入く
ださい。
医療費保険証の写
しを添付してくだ
さい。

第二号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)のみ記入

特定疾病名	※第二号被保険者は医療被保険者証の写しを添付すること
-------	----------------------------

認定調査	調査場所	<input type="checkbox"/> 本人住所 <input type="checkbox"/> 申請者住所 <input checked="" type="checkbox"/> 現在入所・入院中の施設 <input type="checkbox"/> その他(右に記入)	住所	豊橋市八町通六丁目345		
	認定調査日時に ついての連絡先	フリガナ	コウイキ タロウ	病棟	1病棟	
	立会	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	氏名	広域 次郎 続柄(長男)	電話番号	① 0532-XX-XXXX ②
	サービス利用日等	<input type="checkbox"/> 月 <input checked="" type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input checked="" type="checkbox"/> 金 (時間帯 10:00 ~ 15:30)	フリガナ	コウイキ タロウ	電話番号	① 0532-XX-XXXX ②

ご家族の方は、
訪問調査に極力お
立会いください。
調査場所及び日程
を決めるにあたり
必要ですので、ご
記入ください。

事務処理欄	特記事項 (訪問調査時の注意等)							
	確認事項	生活保護 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	2号被保 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	疾病確認 保険証写し <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	がん <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	資格者証 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	交付済 未交付 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

(注意) 裏面につづく

【裏面】

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、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、東三河広域連合から介護保険事業者等（別表のとおりとする。）、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、また、東三河はらっぱネットワークを利用して介護認定電子審査会を行うことに同意します。

（更新申請の場合）要介護認定・要支援認定の更新申請の場合で、現在受けている要介護認定・要支援認定の有効期間内に要介護認定・要支援認定を行うことができるときには、当該認定が更新申請の日から31日を超える場合であっても、東三河広域連合が認定の延期に係る通知を省略することに同意します。

本人署名	広域 太郎											
個人番号	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

必ずご記入ください。

※ここから下は事務局記載のため、記入の必要はありません。

*事務処理欄（申請受付に関すること）

受付窓口	<input type="checkbox"/> 東三河広域連合介護保険課 <input type="checkbox"/> 豊橋市 <input type="checkbox"/> 豊川市 <input type="checkbox"/> 蒲都市 <input type="checkbox"/> 新城市 <input type="checkbox"/> 田原市 <input type="checkbox"/> 設楽町 <input type="checkbox"/> 東栄町 <input type="checkbox"/> 豊根村						
	名称						
	受付		入力		回送		備考

*事務処理欄（個人番号に関すること）

本人確認・代理人確認	番 号		身 元			代 理 権		
	□済 □未		□済 □未			□済 □未		
	個人番号カード	□原本 □複写	個人	□写真付き確認書類（1点）			□確認書類（1点）	
		□原本 □複写		□写真無し確認書類（2点）			□委任状	
	通知カード	□原本 □複写	事業者	□その他（ ）			特 記 事 項	
住民票等	□原本 □複写	□居宅介護支援専門員証 □介護事業所職員証明書等						

別表

介護予防支援事業者	基準該当介護予防支援事業者
介護予防ケアマネジメントを実施する事業所	居宅介護支援事業者
基準該当居宅介護支援事業者	介護老人福祉施設
介護老人保健施設	介護療養型医療施設
介護医療院	小規模多機能型居宅介護事業者
介護予防小規模多機能型居宅介護事業者	看護小規模多機能型居宅介護事業者
認知症対応型共同生活介護事業者	介護予防認知症対応型共同生活介護事業者
特定施設入居者生活介護事業者	介護予防特定施設入居者生活介護事業者
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護施設	地域密着型特定施設入居者生活介護事業者