

次のとおり申請します。

記入例

被 保 険 者	被保険者番号	0 0 0 0 0 1 1 1 1 1	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 0 0
	医療保険情報	<input type="checkbox"/> 愛知県後期高齢者医療保険 <input type="checkbox"/> 南知多町国民健康保険 <input type="checkbox"/> 未加入 (生活保護等) <input checked="" type="checkbox"/> その他 (保険者名: 〇〇保険 記号・番号・枝番 99999)		
	フリガナ	ミナミ チタコ	申請年月日	令和 〇年 〇月 〇日
	氏名	南 知多子	生年月日	大 昭 〇年 〇月 〇日
	住所	南知多町大字豊浜字貝ヶ坪〇〇番地 ☎ 65-0000		
	前回の要介護認定の結果	要介護度 有効期間	要支援 1・2 要介護 1・2・ ③ ・4・5 令和 〇年 〇月 〇日から 令和 〇年 〇月 〇日	
	変更理由 (区分変更の場合)	他市町村から転入した方 前保険者 (転出市町村) 名 [] ※現在、認定申請中ですか。 はい・いいえ (認定結果を受取済の場合は「いいえ」を選択) 「はい」の場合 → 申請日 令和 年 月 日		
過去6月間の入院入所	介護施設・病院名	〇〇病院 入所・入院期間 令和 〇年 〇月 〇日 (病棟 3階 306号室) ~令和 年 月 日 退院予定 令和 〇年 〇月 〇日		
特定疾病名	2号被保険者のみ記入 (40歳から64歳の方)	例) 関節リウマチ		
主治医	主治医氏名	※分からなければ「主治医」と記入してください。	医療機関名	〇〇病院
	所在地	※住所、電話番号は分かれば記入してください。 ☎		

医療保険証を見て記入してください。

※第2号被保険者の方は医療保険証の写しの添付が必要です。

介護保険証を見て記入してください。

変更申請の場合のみ記入してください。

病室が分からない場合は階数のみの記入でも結構です。退院予定が未定の場合は空欄で結構です。

新規申請の場合、事業所による代行申請はできません

- ・家族、知人等
→ 親族等の欄
- ・介護事業所等
→ 代行申請者の欄に記入してください。

申請者 ※本人以外の場合記入	親族等	氏名 南 知多男 続柄 (長男) 住所 〒470-0000 南知多町大字××1-2-3 ☎ 0569-/-/----
	代行申請者 (事業所)	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input checked="" type="checkbox"/> 居宅介護支援業者 <input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 指定介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 名称 〇〇介護支援事業所 担当者 介護 太郎 所在地 南知多町大字××1-1-1 ☎ 0569-/-/----

情報開示・代行申請の依頼等への同意欄です。 □にチェックを入れてください。

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。

(国保・後期の方) 南知多町国民健康保険及び愛知県後期高齢者医療広域連合から医療保険情報を得ることに同意します。

(本人以外が申請する場合のみ) 介護保険要介護・要支援 (更新) 認定申請書の提出を上記 (代行) 申請者に委任します。

(更新申請の場合のみ) 現在の認定有効期間内に認定が行われる場合は、認定延期通知の省略に同意します。

申請同意 本人署名 南 知多子 (代筆者署名) 南 知多男

※本人が等書きしない場合は、代筆者が「本人署名」「代筆者署名」を記入してください。

訪 問 調 査 に つ い て	訪問調査同席者	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input checked="" type="checkbox"/> 申請者以外【氏名: 南 知多郎】(続柄: 二男)
	日程調整等連絡先	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input checked="" type="checkbox"/> その他(上記以外)【 ☎ 090 - /-/- /- /- /- 】
	連絡のとれる時間帯	<input type="checkbox"/> いつでも大丈夫 <input checked="" type="checkbox"/> 月・火・水・木(金)の(13)時 ~ (16)時
	備考	※デイサービスやショートステイ、透析等あらかじめ不在にする日が分かっている場合はご記入ください。 例) 〇月〇日~〇月〇日 ショートステイ利用 月・水・木 デイサービス利用 ※健康介護課 受付印
	訪問先住所	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅(上記記載の住所地) <input type="checkbox"/> 入院・入所先 <input type="checkbox"/> その他【 】
	※事務処理使用欄	居宅「 」前「健介課・ 」在新・在継・施新・施継

※家族の立会いが無い場合や調査日等の希望がある場合は、その旨を備考欄へ記入してください。