

介護保険〔要介護・要支援〕認定申請書

次のとおり申請します。

新規 更新 区分変更

申請年月日 令和 年 月 日

被保険者 (認定を受けようとする方)	被保険者番号	0 0 0 0 4 5 6 7 8 9	介護保険証に記載されている番号を記入してください			
	フリガナ	エビナ ハナコ		生年月日	明・大・昭 15 年 10 月 1 日	
	氏名	海老名 花子		性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女 年齢 85 歳	
	住所	〒 243-0492 海老名市 勝瀬175番地の1		電話番号	046 (235) 4953	
	前回の要介護認定の結果等 *要介護・要支援更新認定の場合のみ記入	要介護状態区分	1 2 3 4 5	経過的要介護	要支援状態区分	1 2
	変更申請の理由 (変更申請者のみ記入)	有効期間	年 月 日 ~ 令		現在生活している場所が住民登録地と異なる場合のみ記入してください(ご入院中やご入所中など)	
現在の入院・入所先 (短期入所先を除く)	入院・入所施設名	介護老人保健施設〇〇 (病室: 階 病棟)				
	所在地	〒 海老名市〇〇△-◇-×		電話番号	()	
	期間(予定)	年 月 日 ~ 年 月 日				

■被保険者(本人)以外の方が申請される場合は、下欄にご記入ください。

申請代行者	被保険者との関係	<input checked="" type="checkbox"/> ① 家族(続柄 長男) ② 地域包括支援センター ③ 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> ④ 指定介護老人福祉施設 ⑤ 介護老人保健施設 ⑥ 指定介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> ⑦ 介護医療院 ⑧ その他()		
	フリガナ	エビナ タロウ		
	氏名 代行業者名	海老名 太郎 ※代行業者の場合(担当者名)		
住所 所在地 (上記住所と違う場合のみ)	〒 243 - 00**		電話番号	()
	海老名市〇〇×-△-◇		携帯番号	()

※認定結果通知書は、原則として被保険者の住民票上の住所地に郵送しますが、郵送先を上記申請代行者のご家族宛に希望したい場合は、右欄の「希望する」に○をしてください。

■申請時点で被保険者の状態を把握している医師(主治医意見書の依頼先)をご記入ください。

主治医	医療機関名	◇◇病院	主治医氏名	〇〇××	診療科名	脳神経外科
	所在地	〒 243 - 00** 海老名市◇◇〇-×-△		電話番号	()	

■2号被保険者(40歳から64歳の健康保険加入者)は、下欄もご記入ください。

また、健康保険資格を確認できるもの(マイナ保険証・資格確認書等)の写しを添付してください。

特定疾病名 (該当するか主治医に確認済みであることを)	脳血管疾患		個人番号 (マイナンバー)		
健康保険情報	保険者名	△△健康保険組合		保険者番号	
	記号	0 1 2 3 4 5 6 7	番号		姓 名
	資格区分	本人・家族・退職本人・退職家族		資格	

■認定に係る情報提供(地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う)

介護サービス計画の作成等介護保険事業及び海老名市高齢者福祉サービスの適切な運営・提供のため、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書、海老名市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、海老名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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する(地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。)ことに同意します。

同意書	(注意) ※記入漏れが多いのでご注意ください	被保険者氏名
-----	---------------------------	--------

介護サービスを提供する事業者に対する認定情報等の提供について、同意の署名が必要です。なお、本人が署名できない場合は家族の方が被保険者氏名で代筆してください

資格証発行	同意	申請入力	意見書依頼
済・未		済・未	/ 依頼済み
調査立ち会い者			介護保険料 入力確認