

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

※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	8年 1月 5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"/> <□地域包括支援センター <input checked="" type="checkbox"/> 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 □介護医療院> 東三河居宅介護支援事業所		
	住 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		

該当するものに
チェックを入れて
ください。

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(本人)	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 20年 1月 1日
	住 所	〒 440 - 0806 豊橋市八町通九丁目16番地 電話番号(0532) XX - XXXX	性 別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	医療保険者番号	XXXXXXXXXXXXXXXX	医療保険 被保険者 記号番号	XXXXXXXXXXXXXXXX
	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 6年 12月 1日 から 7年 12月 31日 まで		
	申請の理由			
	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() -	期 間	8年 1月 5日 から 8年 3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) XX - XXXX	主治医氏名	三河 四郎

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保険の資格情報が確認できるものを提示すること
-------	-----------------------------------

40～64歳の方は、
特定疾病名をご記入
ください。

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 ジロウ	病 棟	第1病棟		
	立 会	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	氏名	広域 次郎	電話番号	① 0532-XX-XXXX ②	
			氏名	広域 次郎	電話番号	① 0532-XX-XXXX ②	
サービス利用日等	□月 □火 □水 □木 □金 (時間帯 : ~ :)						
事務処理欄	特記事項 (訪問調査時の注意等)	P <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・透析 □月・水・金 □火・木・土 ・介護保険への抵抗感 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・ショート利用予定 午前調査 不可 □月 □火 □水 □木 □金 午後調査 不可 □月 □火 □水 □木 □金 <その他連絡事項>					
	確認事項	生活 保護	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	2号 被保	<input type="checkbox"/> 特定疾病有 <input type="checkbox"/> 医療保険資格確認済	がん <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	資格 者証

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。

事務処理欄のため記
入不要です。

(注意) 裏面につづく

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供すること、また、東三河ほいっぷ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30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。

以下は事務処理欄のため記入不要です。

＊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"/> 蒲郡市 <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		
	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未		<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未				<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未		
	個人番号カード	<input type="checkbox"/> 原本 <input type="checkbox"/> 複写	個人	<input type="checkbox"/> 写真付き確認書類（1点）				<input type="checkbox"/> 確認書類（1点）	
		<input type="checkbox"/> 写真無し確認書類（2点）		<input type="checkbox"/> 委任状					
	通 知 カード	<input type="checkbox"/> 原本 <input type="checkbox"/> 複写	事業者	<input type="checkbox"/> その他（ ）				特 記 事 項	
	住民票等	<input type="checkbox"/> 原本 <input type="checkbox"/> 複写		<input type="checkbox"/> 居宅介護支援専門員証					
			<input type="checkbox"/> 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者	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事業者
地域密着型特定施設入居者生活介護事業者	