

介護保険(要介護認定・要支援認定)申請書

(あて先) 日野市長
次のとおり申請します。

被 保 険 者	被保険者番号								申請年月日		平成	年	月	日
	フリガナ								生年月日		明・大・昭	年	月	日
	氏名								性別		男・女			
	住所								〒191-00		電話番号 042-			
	住所 (住民登録地と異なる場合)								〒		電話番号			
	現在の施設入院・入所の有無 (短期入所を除く)		有・無	入所施設名		所在地		〒		(電話番号)		種 類	1. 医療施設 2. 介護保険療養型病床群 3. それ以外の施設	
							入院・入所予定期間		月 日 ~ 月 日					

調査員が伺う際の連絡先です。昼間に連絡がつくところを記入して下さい。

連 絡 先	フリガナ				被保険者との続柄		調査時の同席を		希望する 希望しない	
	氏名									
住所		〒				電話番号		携帯電話		

主治医の氏名・診療科名は必ず記入して下さい。(主治医意見書手渡し済)

指 定 医	医療機関				診療科名		科	
	所在地				〒		電話番号	
主治医				医師の氏名				

提出代行を行う場合にのみ記入して下さい。

提 出 代 行 者	該当に (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)							
	名称				印		担当者名	
	所在地				〒		電話番号	

第2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入し、保険証の写しを添付して下さい。

医療保険者名				医療保険被保険者証記号番号			
特定疾病名							

私が介護サービス計画書作成を依頼した指定居宅介護支援事業者又は私が入所している介護保険施設が介護サービス計画を作成するために必要があるときは、日野市がこれらの者に私の要介護認定・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指定居宅介護支援事業者、指定居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人に提示することに同意します。

本人氏名

代筆者

市記入欄	申	調	意	調査実施予定日時		月	日()	AM	PM	:	から
					調査実施先		自宅・病院・施設・その他()				

送付先が住所と異なる場所にする場合に記入して下さい。(介護保険料納付通知の送付を希望)

送付先	フリガナ宛先氏名		被保険者との続柄	
	住所	〒 電話番号		

備考	介護申請(要支 要介)理由

市記入欄

入力画面		申請者情報の入力		書類回収情報入力	備考
受給者管理	要介護妻支援申請入力	申請者	____月 ____日 担当者		資格者証手渡し済
		申請者送付先	____月 ____日 担当者		
		主治医 (主治医意見書)	____月 ____日 担当者	____月 ____日 担当者	
		調査情報 (調査員)	____月 ____日 担当者	____月 ____日 担当者	
		調査情報 (申請者連絡先)	____月 ____日 担当者		
個人情報管理	連絡先異動	自宅の電話番号	____月 ____日 担当者		
保険料納付状況の確認		滞納無	滞納有		