

介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書

□ 新規 □ 更新 □ 変更 □ 転入 □ 2号

申請者区分	コード
-------	-----

記入不要です。

久留米市長 様 次のとおり申請します。

申請年月日	令和 3 年 3 月 25 日	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 46 年 4 月 10 日	年齢	49 歳	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
被保険者番号	0 0 0 1 2 3 4 5 6 7	個人番号					
フリガナ	クルメ タロウ	氏名	久留米 太郎	久留米市城南町 1 5 番地 3			
前回の介護度 (更新・変更)	要支援 ( <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 )	電話番号	090 1234 - 5678				
	要介護 ( <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 )						
	有効期間		年月日 ~ 年月日				
認知症	有 ( <input type="checkbox"/> 軽 <input checked="" type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 ) <input type="checkbox"/> 無						
現在、病院に入院中・施設に入所中の場合は記入してください。	住所		電話番号			申請者の主観で構いません。	
変更申請の理由							

分からない場合は記入不要です。

郵便番号は不要です。

現在、病院に入院中・施設に入所中の場合は記入してください。

申請者の主観で構いません。

申請者 (本人・家族等)	氏名	久留米 太郎	続柄	本人
	住所	久留米市城南町 1 5 番地 3	電話番号	090-1234-5678
申請者 (提出代行者)	事業者名	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <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		
	提出者名	事業者名 (〇〇地域包括支援センター等) のみ記入 ※郵便番号や住所は記入不要です。		
		電話番号		

主治医氏名 (フルネーム)

主治医 (指定医)	医療機関名	〇〇総合病院	医師名	福岡 次郎	医療機関名	
	診療科目	泌尿器科	電話番号	0942-12-3456	医師名	
	住所	久留米市城南町 1 2 3 番地 4 5	電話番号		電話番号	

総合病院は診療科目を記入

65歳未満の方の申請の際は必ず記入してください。

医療保険者番号	12345678	被保険者証記号	番号一桁番	1234	1234567-01
医療保険者名	全国健康保険協会福岡支部	特定疾病名 (2号被保険者のみ)	脳血管疾患		

訪問調査時 連絡先	氏名	久留米 花子	関係	妻	電話番号	090-8765-4321	訪問調査時の留意点・備考	・ 12時~13時の電話希望 ・ 〇月〇日調査希望 ・ 月、木は透析のため不在 ・ 〇月△日退院予定 など
介護サービス 認定・要支 意見書を、 業者若しくは た調査員に提示することに同意します。								
・ 確実に連絡の取れる方を記入してください。 ・ 電話番号はお間違いのないよう確認をお願いします。								
本人氏名	久留米 太郎							

保険者記入欄	支所	田主丸	北野	城島	三潞	千歳	高牟礼	上津	筑邦	FAX	送達
	本庁	受付	コード	入力点検	意見書	調査事業所					
	個人番号	個・通・住・シ・職				本人確認	介・CM・個・運・旅・障・保・年・間				

代筆で構いません。