

介護保険 要介護(要支援)認定申請書

※交付年月日が最新の介護保険被保険者証の原本を添付してください

船橋市長 あて
次のとおり申請します

年 月 日

申請区分		<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 区分変更 <input type="checkbox"/> 転入継続 <input type="checkbox"/> 要支援者の要介護への変更	
被保険者	介護保険被保険者番号		
	フリガナ	個人番号 (マイナンバー) ※個人番号を記入する場合、番号確認書類と身元確認書類の提示が必要です	
	氏名	男・女	医療保険 保険者名 保険番号
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)	被保険者 記号
	電話番号	()	番号
	住所	〒 - ※アパート・マンション名まで記載してください	
	現在認定区分有効期間	要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5	申請理由
	転入継続の方	前自治体名 現在、転出元自治体に要介護(要支援)認定を申請中ですか (すでに認定結果を受け取っている場合→「いいえ」) はい(申請日 年 月 日)・いいえ	
現在の入所入院施設名	入院中の場合 病棟・号室() 入院(入所)日(/ /)退院・転院(退所)予定日(/ /)		
認定調査	調査場所	<input type="checkbox"/> 上記住所地の自宅 <input type="checkbox"/> 上記の入所・入院施設 <input type="checkbox"/> その他()	
	連絡先氏名①	本人との関係	電話番号 () 立会 有・無
	連絡先氏名②	本人との関係	電話番号 () 立会 有・無
	連絡事項	都合の悪い日時等	サービス利用状況 例：ショートステイ、デイサービス等 立会無の場合調査日の連絡調査場所の駐車場 有・無
主治医意見書依頼先	医療機関名	() 科	医師名 (1名のみ) 意見書記入について主治医に相談 済・未
	所在地	電話番号 ()	定期受診 有・無・入院中 受診予定日(直近受診日) 年 月 日
	治療中の病気	<input type="checkbox"/> がんの場合のみご記入ください <input type="checkbox"/> 在宅緩和ケアのため早期認定希望 本人への告知 有・無	特定疾病名 ※40歳～64歳の方のみ記入してください。また、医療保険被保険者証の写しを添付してください。
同意の確認	・介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営及び地域包括支援センターが行う事業の実施のために必要があるときは、この要介護(要支援)認定申請にかかる認定調査票及び主治医意見書等を、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、介護保険施設その他の事業者へ提示すること。 ・主治医に必要があるときは、介護認定審査会による判定結果・意見を主治医に提示すること。 ・(更新申請の場合)申請から30日以内に認定がされない場合、現在の認定有効期間内であれば、認定延期通知を省略すること。 ※同意欄に✓及び被保険者氏名の記入がない場合は、同意していないものとみなします。		
	上記について	<input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません	
提出者	氏名	※本人の場合は記入不要です	被保険者との関係
	住所	〒 -	※本人と同じ場合は記入不要です
代行者	名称	※該当するものに○をしてください 地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・介護老人福祉施設・地域密着型介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設・介護医療院	
	所在地		
	代表者氏名		
	電話番号	()	事業所番号 ()
			受理印

※介護保険被保険者証を添付できない場合に限り、次の再交付申請書にご記入ください。

介護保険 被保険者証再交付申請書

船橋市長 あて

介護保険 要介護(要支援)認定申請書(表面)の提出に際し、(紛失・未着)により被保険者証の添付ができないため、被保険者証の再交付申請をします。申請に必要な氏名、性別、生年月日、住所、個人番号及び申請日は表面のとおりです。

(申請者) 被保険者本人 表面の提出者 表面の代行者
 (被保険者本人以外の申請の場合は委任状が必要です)

委任状

船橋市長 あて

年 月 日

私は、再交付申請書の提出を表面の (提出者・代行者) を代理人として、その権限を委任します。

被保険者氏名 (委任者)

※介護保険課記入欄

日付	電話等確認内容・備考欄	担当者

調査場所	委託先	立会者他	備考
HV ENT			

処理欄	受付者	被保険者区分	介護保険被保険者証の添付	資格者証の交付	介護保険料滞納確認	入力者	受付簿確認
出張所		・第1号(65歳以上) ・第2号(40歳以上65歳未満) ※医療保険被保険者証コピー 有 ・ 無	有 ・ 無	済	不納欠損・滞納 有・無		
介護保険課			・再交付申請書 ・2号新規 ・その他	済 窓口・郵便 (自/送・施・事)	保険料係に連絡 済・未		<input type="checkbox"/> コピー済