

色のついている部分は必ずご記入ください。(あらかじめ印字されている場合もございます。)

第5号様式(第7条)

介護保険 [ 要介護認定・要支援認定  
要介護更新認定・要支援更新認定 ] 申請書

(あて先) 印西市長

次のとおり申請します。

申請年月日 △年 ○月 ×日

記入例

医療保険の欄は被保険者様の健康保険の保険証を参考に記入してください。

過去6カ月以内に入院・入所した介護保険施設(上2段)、医療機関(下2段)を記入してください。現在入院中の方は何階の何病棟かと退院時期も記入してください。

市から認定調査のこと等について連絡をするとき、こちらに記載している方と連絡を取ります。ご家族様が担当ケアマネジャーの事業所をご記載ください。記載がない場合は本人と連絡を取ります。

|                |                              |                       |                   |  |  |  |  |             |       |  |      |   |                               |    |   |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------|------------------------------|-----------------------|-------------------|--|--|--|--|-------------|-------|--|------|---|-------------------------------|----|---|--|--|--|--|--|--|--|
| 介護保険<br>被保険者番号 |                              |                       |                   |  |  |  |  |             |       |  | 個人番号 |   |                               |    |   |  |  |  |  |  |  |  |
| 医療<br>保険       | 保険者名                         | 〇〇健康保険組合              |                   |  |  |  |  |             |       |  |      | 保険者番号   | 111111                        |    |   |  |  |  |  |  |  |  |
|                | 被保険者証                        | 記号                    | 22222             |  |  |  |  | 番号          | 33333 |  |      |   |                               | 枝番 | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 被<br>保<br>者    | フリガナ                         | インザイ タロウ              |                   |  |  |  |  |             |       |  |      | 生年月日  | 昭和4年5月6日                      |    |   |  |  |  |  |  |  |  |
|                | 氏名                           | 印西 太郎                 |                   |  |  |  |  |             |       |  |      | 性別  | 男                             |    |   |  |  |  |  |  |  |  |
|                | 住所                           | 〒270-1300<br>印西市大森××× |                   |  |  |  |  |             |       |  |      | 電話番号  | 0476-〇〇-〇〇〇〇                  |    |   |  |  |  |  |  |  |  |
|                | 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 |  |  |  |  | 要支援状態区分 1 2 |       |  |      |   | 有効期限 令和〇年 ○月 ○日 から 令和△年 △月 △日 |    |   |  |  |  |  |  |  |  |
|                | ※14日以内に他自治体から転入した者のみ記入       | 転出元自治体(市町村)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。<br>(既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください)<br>はい・いいえ<br>「はい」の場合、申請日 年 月 日 |                               |    |   |  |  |  |  |  |  |  |
| 者              | 過去6月間の介護保険施設、医療機関等への入院・入所の有無 | 介護保険施設の名称等・所在地        |                   |  |  |  |  |             |       |  |      | 期間  | 年 月 日～<br>年 月 日               |    |   |  |  |  |  |  |  |  |
|                |                              | 介護保険施設の名称等・所在地        |                   |  |  |  |  |             |       |  |      | 期間  | 年 月 日～<br>年 月 日               |    |   |  |  |  |  |  |  |  |
|                |                              | 医療機関等の名称等・所在地         |                   |  |  |  |  |             |       |  |      | 期間  | 〇年〇月〇日～<br>×年×月上旬日            |    |   |  |  |  |  |  |  |  |
|                | ○・無                          | 〇×病院 東2F              |                   |  |  |  |  |             |       |  |      | 期間  | 年 月 日～<br>年 月 日               |    |   |  |  |  |  |  |  |  |

|                   |    |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |              |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------|----|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 提出<br>代<br>行<br>者 | 名称 | 該当に〇(地域包括支援センター・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)<br>印旛 花子 (子) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |              |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                   | 住所 | 〒 同上  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 電話番号 | 0476-〇〇-〇〇〇〇 |  |  |  |  |  |  |  |  |

|         |        |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------|--------|------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 主治<br>医 | 主治医の氏名 | 本塾 先生                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 医療機関名 | 〇×病院         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|         | 所在地    | 〒 270-1300<br>印西市木下××× |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 電話番号  | 0476-〇〇-〇〇〇〇 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

第二号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

|       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 特定疾病名 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

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・要支援認定に係る調査内容、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、印西市から地域包括支援センター、居宅介護(介護予防)支援事業者、居宅(介護予防)サービス事業者、地域密着型(介護予防)サービス事業者若しくは介護保険施設の関係人、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示又は提供することに同意します。

本人氏名 印西 太郎

40歳～64歳の方はこちらに特定疾病をご記入ください。

最近のご本人様の状態をよくご存じの主治医をご記入ください。ご記入いただいた主治医に意見書の作成を依頼します。

被保険者氏名をご記入ください。代筆でも構いません。