

第10号様式

介護保険「要介護認定・要支援認定」申請書

介護被保険者証（きみどり色）の0から始まる10桁の番号をご記入ください。

マイナンバーカードもしくは通知カードの12桁の番号をご記入ください。

(宛先)

次のとおり申請します。

申請年月日

令和〇年 〇月 〇日

被 保 険 者	介護保険被保険者番号	0000123456	個人番号	123456789123					
	医療保険	保険者名	千葉県後期高齢者医療広域連合	保険者番号	34598790				
		被保険者証	記号	12345	番号	67	枝番	01	
		フリガナ	ウラヤス タロウ		生年月日	昭和〇年〇月〇日（〇歳）			
		氏名	浦安 太郎		性別	男			
		住所	〒279-〇〇〇〇 浦安市〇〇1-1-1		電話番号	047-〇〇〇-〇〇〇〇			
		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		要支援状態区分	1	2	要介護状態区分	1 2 3 4 5
			※14日以内に 他自治体から 転入した者のみ記入		有効期間	令和〇年 〇月 〇日 ~ 令和〇年 〇月 〇日			
					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。 (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) はい ・ いいえ 「はい」の場合、申請日				

提出 代行 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・指定介護療養型医療施設・介護医療院） 浦安 花子（妻）	
	住所	〒279-〇〇〇〇 浦安市〇〇1-1-1 電話番号 047-〇〇〇-〇〇〇〇	

主 治 医	主治医の氏名	千葉 太郎	医療機関名	〇〇病院
	所在地	〒279-〇〇〇〇 浦安市〇〇2-2-〇〇〇〇		

フルネーム（姓名）でご記入ください。

第二号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）

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、浦安市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅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することに同意します。

本人氏名 浦安 太郎 （代筆者氏名） 浦安 花子
裏もご記入ください

こちらもご記入ください

【申請について】※新規でご申請の場合は必ずご記入ください。

申請の理由	例) 一人暮らし。右大腿骨骨折したことをきっかけに歩行が不安定になっている。 訪問介護、歩行器の利用を検討中のため申請。 など具体的に記載
-------	--

【主治医意見書について】

■ 主治医意見書の作成について主治医に確認しましたか？	
① 〇月 〇日に確認し、承諾を得た。	
② 確認していない。→ 確認してから申請書を提出してください。 主治医に事前に確認し、了承を得ないと、書いていただけない場合があります。	
■ 定期受診	: 有 ・ 無 ・ 入院中
■ 最近の受診日	: 〇月 〇日

【認定調査について】

調査場所	自宅 / その他: _____ 〒
日程調整の連絡先	フリガナ ウラヤス ハナコ 【氏名】 浦安 花子
	【電話番号】 047-〇〇〇-〇〇〇〇
立会い希望の有無	有 ・ 無
立会いされる人 ※立ち合い希望「有」の場合記載	フリガナ ウラヤス ハナコ 【氏名】 浦安 花子 【続柄】 妻

緊急時の連絡先 ※必ずご記入ください	フリガナ ウラヤス ハナコ 【氏名】 浦安 花子 【続柄】 妻
	【電話番号】 080-〇〇〇-〇〇〇〇
備考	

認定調査の立ち合いをされない場合も
ご記入ください。

【介護支援専門員等について】※担当者が

指定居宅介護支援事業者	☐ ☐ 居宅介護支援 事業所	担当介護支援専門員 (ケアマネジャー)	千葉 花子
-------------	---	------------------------	-------

申請について本人（家族）に承諾を得 ましたか？ 該当する方に丸を付けてください。	はい ・ いいえ → 「いいえ」の方は本人（家族）に承諾を得てからご申請ください。
--	--

以下には記入しないでください。

受付日	調査日時	調査員	委託先	意見書区分
				新/在 継/在 新/施 継/施