

第10号様式の2

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。

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被 保 険 者	介護被保険者番号	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3
	医療保険	保険者名										保険者番号												
	被保険者証	記号										番号						枝番						
	フ	ウラヤス タロウ										生年月日						昭和〇年〇月〇日(〇歳)						
												性別						男						
		浦安市□□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	要支援状態区分 1 2 3 4 5										要介護状態区分 1 2 3 4 5												
		有効期間										令和〇年〇月〇日 ~ 令和〇年〇月〇日												
	変更申請の理由	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																						
	過去6月間の介護保険施設、医療機関等入院、入所の有無	介護保険施設等の名称等・所在地										期間						〇〇〇老人ホーム 令和〇年〇月〇日 ~ 令和〇年〇月〇日						
	介護保険施設等の名称等・所在地										期間						~							
	医療機関等の名称等・所在地										期間						□□病院 令和〇年〇月〇日 ~ 令和〇年〇月〇日							
	医療機関等の名称等・所在地										期間						~							

入院・入所がない場合にはこちらに「無」とご記入ください。

提出代行者	名称	浦安 花子 (妻)																				
	住所	〒279-〇〇〇〇 浦安市□□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						□□病院					
	所在地	〒279-〇〇〇〇 浦安市□□2-2-										フルネーム(姓名)でご記入ください。 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)

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・要支援認定に調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書、浦安市が提供を受けらるるに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人(包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者、介護関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する(地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。)ことに同意します。

40歳~64歳の方のみ、医師から診断を受けた特定疾病名を必ずご記入ください。

本人氏名

浦安 太郎

裏もご記入ください

こちらもご記入ください

【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 月 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 : 月 日

【認定調査について】

調査場所	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 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】 ※担当者がいる

指定居宅介護支援事業者	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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。	<input checked="" type="radio"/> 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