

記入例

郡山市介護保険要介護・要支援認定（新規・更新）申請書

郡山市長

次のとおり申請します。

※本人による申請の場合は記入不要です。↓

介護保険
被保険者証
 済 再

申請日 令和 4 年 4 月 1 日

申請者	<input checked="" type="checkbox"/> 代理人	事業所名	<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"/> 指定介護施設 <input type="checkbox"/> 病院	
	<input type="checkbox"/> 提出代行	住所	郡山市朝日二丁目●番●●号	
		氏名	郡山 鯉太郎	本人との関係
		電話	090-●●●●-●●●●	

ご本人が申請する場合は、この欄の記入は不要です。ご本人以外の方が申請する場合、氏名・事業所名・住所・本人との関係・電話番号を記入してください。

①介護保険被保険者証を添付してください。 ②医療保険被保険者証を提示又は写しを添付してください。

認定を受ける人（被保険者）	介護保険被保険者番号	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6	個人番号			
	医療保険被保険者名	全国健康保険協会●●支部		保険者番号	●	
	医療保険被保険者記号	●●●●●●●●		番号	●●●●●●●● 枝番 ●●	
	フリガナ	コオリヤマ イチロウ		生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和	
	氏名	郡山 一郎		性別	男	
	住所 ※住民票登録地	〒963-8024 郡山市朝日一丁目●番●●号		電話	024-9●●-●●●●	
	前回の認定結果	要介護 ①・2・3・4・5		要支援	1・2 非該当	
	有効期間	令和 3 年 5 月 1 日 ~ 令和 4 年 4 月 30 日				
	※14日以内に 他自治体から 転入した方のみ記入	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。 はい・いいえ		
		既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」		入院や施設入所など、ご本人の所在が住所（住民票登録地）と異なる場合は、現在の所在地を記入してください。		
	調査先 ※入院・入所先等	名称	●●●●●●病院			
		所在地	〒963-●●●● 郡山市●●一丁目●番●●号		電話 024-●●●-●●●●	
		期間	令和 4 年 3 月 2			
	訪問調査立会人	氏名	郡山 鯉太郎		本人との関係	いつでも可
		電話	090-●●●●-●●●●		備考	
主治医	医師名	安積 舞		医療機関名	●●●●●●病院	
	診療科	整形外科		電話	024-9●●-●●●●	
	所在地	郡山市●●一丁目●番●●号				
最終受診日	令和 4 年 3 月 31 日		介護の主治医意見書のための診察は受けましたか ①・いいえ			
特定疾病名	※第2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）の方のみ記入					

介護認定を受けたい方の情報を、介護保険被保険者証で確認しながら記入してください。

訪問調査の日程調整をするため、事前に連絡させていただきます。平日の日中に連絡が取れり連絡先を記入してください。

介護サービス計画を作成する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居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、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。
判定結果で要支援1および要支援2に認定を受けた場合、その結果等を郡山市から地域包括支援センターへ提示することに同意します。

本人氏名 郡山 一郎 代理者名 郡山 鯉太郎 本人との関係 子

特記事項	<ul style="list-style-type: none"> 自宅で転倒して大腿骨を骨折し現在入院中。今後リハビリのため転院予定。 被保険者証は、郡山鯉太郎宛てに送付希望。
------	--