

介護保険 要介護・要支援
(新規認定 ・ 更新認定 ・ 区分変更) 申請書

半田市長様

次のとおり申請します。

被保険者 回・未 資格者証 済・未

(新規認定申請または区分変更申請をする場合は「介護保険申請理由書」もあわせて提出してください。)

提出者(申請代行は除く): 本人 / 氏名 [] [続柄:] [TEL:]

被 保 険 者	被保険者番号	0 0 0 0	申請年月日	令和 年 月 日	
	個人番号				
	医療保険	保険者名	半田市・愛知県後期高齢者医療広域連合		
		被保険者証	記号	番号	
			枝番		
	ふりがな	生年月日 明・大・昭 年 月 日			
	氏名	年齢区分 64歳以下(特定疾病名等記載)・65歳以上			
		性別 男・女			
	住所 ※被保険者証の記載住所	電話番号 () -			
	調査時連絡先	氏名	続柄・関係	電話番号 () -	
連絡事項等	■ 認定結果通知の受取方法 (いずれかに☑) □ 郵送 □ 窓口(窓口受取者:)				
前回の要介護認定等の結果	要介護状態区分	1 2 3 4 5	経過的要介護	要支援状態区分	1 2
※14日以内に転入した方のみ記入	認定有効期間	平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日	転出元自治体(市町村)名 [] ※転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中の場合 申請日 令和 年 月 日		
現在の状況等 ※該当する箇所にチェック	☐ 在宅 (上記の住所とは異なる場所にお住まいの場合、住所を記入してください)				
	介護保険施設等に ☐ 入所中 ☐ 短期入所中	名称	入所: 年 月 日	退所: 年 月 日	
	☐ 医療機関に入院中 ※退院予定 無・有 年 月 日頃	名称	入院日: 年 月 日	病棟/病室:	
提 出 代 行 者	名称	該当に○(地域包括支援センター・指定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)			
	住所	〒 - 担当者 電話番号 () -			
	申請代行の説明	説明日 月 日	説明をした人	説明を受けた人	
主 治 医	氏名 (フルネーム)	医療機関名	※市記入欄		
	上記医療機関の次回予約(受診)日※必須		月 日 ()		
	所在地	※どちらかに○ 1. 市内(所在地の記入は省略可) 2. 市外(所在地を記入すること) 〒 - 電話番号 () -		在新 01 施新 02 在継 03 施継 04	
同 意 欄	1. 介護サービス計画若しくは介護予防サービス計画を作成するために必要があるとき又は地域支援事業を円滑に実施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、半田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、介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師、認定調査に従事した調査員又は地域支援事業を実施する機関に提示又は提供することに同意します。				
	2. (更新申請のみ)今回の要介護認定・要支援認定が申請日から30日を超えたときであっても、現在の要介護・要支援状態区分の有効期間内であれば、認定までの見込み等を通知する書面を省略することに同意します。 被保険者氏名				

★40歳から64歳までの方(2号被保険者)が申請をされる場合は、以下も記入してください。

またあわせて、現在加入している医療保険の被保険者証の写しを添付してください。

特 定 疾 病 名 ※該当するものに チェックしてくだい	☐ 筋萎縮性側索硬化症 ☐ 後縦靱帯骨化症 ☐ 骨折を伴う骨粗鬆症 ☐ 多系統萎縮症 ☐ 初老期における認知症		
	☐ 脊髄小脳変性症 ☐ 脊柱管狭窄症 ☐ 早老症 ☐ 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症		
番 号 確 認	☐ 脳血管疾患 ☐ 進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病 ☐ 閉塞性動脈硬化症		
	☐ 関節リウマチ ☐ 慢性閉塞性肺疾患 ☐ 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症 ☐ がん		
身元確認 ☐ 本人 ☐ 代理人	☐ 個人番号カード ☐ 通知カード ☐ 住民票等 ☐ オンライン ☐ その他 ()		
代理権確認 (代理人の場合)	1点確認 (写真付公的書類)	☐ 個人番号カード ☐ 運転免許証 ☐ 障がい者手帳 ☐ その他 ()	
	2点確認 (上記以外の書類)	☐ 介護被保険者証 ☐ 医療被保険者証 ☐ その他 ()	
代理権確認 (代理人の場合)	☐ 委任状 ☐ 登記簿謄本等(法定代理人の場合) ☐ その他 ()	確認者	