

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)

羽島市長

次のとおり申請します。

申請年月日

令和8年4月1日

被 保 険 者	介護保険番号	0	9	0	0	0	1	2	3	4	5	個人番号									
	医療保険	保険者名	岐阜県後期高齢者医療広域連合						保険者番号	39212097											
保 険 者		被保険者記号・番号	記号				番号	1234567		枝番											
	フリガナ	ハシマ タロウ						生年月日	明・大(昭) 11年 11月 11日												
	氏名	羽島 太郎						性別	男 ・ 女												
	住所	〒 501 - 6292 羽島市竹鼻町55番地						電話番号 (058)	392 - 1111												
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		認定日	年	月	日	有効期間	年	月	日	から	年	月	日	まで
	※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。 (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 年 月 日																			
入院、入所の有無	介護保険施設・医療機関等の名称等(病棟までご記入ください) 羽島市民病院 1病棟4階											期間	R8年 3月 10日 ~ 年 月 日								
認定結果送付先	<input checked="" type="radio"/> 自宅	自宅以外	〒 - 宛名											電話番号 ()	-						
訪問調査先	自宅	<input checked="" type="radio"/> 自宅以外	〒 501 - 6206 羽島市新生町3丁目246番地 羽島市民病院1病棟4階											電話番号 (058)	393 - 0111						
家族等の調査同席希望	なし	<input checked="" type="radio"/> あり	同席者氏名	羽島 花子				調査対象者との関係	(妻)												
調査の同席を希望する場合の連絡先	自宅	<input checked="" type="radio"/> その他	羽島 花子											電話番号 (090)	1234 - 5678						

主治医	主治医の氏名	〇〇 〇〇			医療機関名	羽島市民病院			
	所在地	〒 501 - 6206 羽島市新生町3丁目246番地			電話番号 (058)	393 - 0111			

2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)のみ記入

特定疾病名	
-------	--

申請者	区分	本人	<input checked="" type="radio"/> 本人以外	※本人の場合は、申請者氏名・住所等の記入は不要															
	氏名	羽島 花子			被保険者との関係	(妻)				住所	〒 同上				電話番号 ()	-			
	提出代行	名称	該当に○(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)																
	住所	〒 - 電話番号 () -																	

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、主治医意見書、羽島市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、羽島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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、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。

本人氏名

羽島市処理欄

訪問調査		被保険者証の提示	未・済
主治医		暫定被保険者証の発行	未・済
入力			