

介護保険 要介護・要支援【新規・更新・区分変更・転入・その他】 認定申請書

調査日時	割 当
月 日 () :	

浦添市長 様 次のとおり申請します

申請者	フリガナ		被保険者(本人)との関係	
	氏 名 (窓口に来た人)			申請年月日 令和 年 月 日
	住 所 (所在地)	□本人(被保険者)と同じ 電話番号 ()		
	提出代行者 名称等	*該当に○をして下さい。(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・指定介護療養型医療施設) 印		

被保険者	被保険者番号	H	1	6	1											
	フリガナ											生 年 月 日		年 齢	性 別	
	氏 名											明治 大正 昭和 年 月 日	歳	男 ・ 女		
	住 所	〒 - 電話番号 ()														
	前回の要介護 認定等の結果	要介護状態区分	1	2	3	4	5	要支援状態区分	要支援1 ・ 要支援2							
		有 効 期 間 : 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日														
	区分変更申請、要支援者の要介護新規申請の理由	※心身の状態が変わった理由を具体的に記入して下さい。(新規申請、更新申請の場合は、記入不要です。)														
	本人の居所 *該当に○をしてください	1 住所と同じ 2 病院等に入院中 3 介護保健施設に入所中 4 その他(家族宅等)														
	現在本人がいるところ	病院名・施設名・家族名 等										電話番号 ()				
	※住所と異なる場合は 記入して下さい											病棟及び部屋番号		階	号室	
所在地																
※入院・入所中の方のみ記入	入院・入所年月日	年		月		日		退院・退所予定年月日	年		月		日			

主治医	フリガナ			医療機関名	
	主治医氏名				
	所在地	〒 - 電話番号 ()			
特定疾病名					

同 意 欄

私は、介護サービス計画また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地域包括支援センター、居宅介護支援事業者もしくは介護保険施設の関係人に提示することに同意します。

本人(被保険者)氏名		代筆者氏名 (本人との関係)	()
------------	--	-------------------	-----

令和 年 月 日 上記の通り申請します。
浦添市福祉事務所 担当

介護保険 要介護・要支援【新規・更新・区分変更・転入・その他】認定申請書

調査日時	月 日 () :	割 当	窓口に来た人の氏名・ 続柄を記入してください。	記入例
浦添市長 様	次のとおり申請します			
申請者	フリガナ	ウラソエ イチロウ	被保険者(本人)との関係	申請年月日
	氏 名 (窓口に来た人)	浦添 一郎	長男	令和 6 年 1 月 10 日
	住 所(所在地)	☒ 本人(被保険者)と同じ 電話番号 ()		
	提出代行者 名称等	*該当に○をして下さい。(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・指定介護療養型医療施設)		

被 保 険 者	被保険者番号	H 0 0 0 1 2 3 4 5 6	生 年 月 日		年 齢	性 別
	フリガナ	ウラソエ タロウ	明治 大正 昭和 10 年 1 月 23 日		89 歳	男・女
	氏 名	浦添 太郎	電話番号 098 (876) 1234			
	住 所	〒 901 - 2501 浦添市安波茶1丁目1番1号 ○○アパート202号室				
	介護状態区分	① 2 3 4 5	要支援状態区分	要支援1・要支援2		
険 者	認定調査の訪問先を“○”で囲んでください。					
	有効期間：令和 6 年 1 月 1 日から 令和 6 年 12 月 31 日					
	状態が変わった理由を具体的に記入					
	援助者の要介護新 請の理由	訪問調査先が住所と異なる場合に調査先を “明確に” 記入してください。 例：○○病院 3階305号室 浦添市○○△丁目×番☆号(息子宅) など				
	本人の居所 *該当に○をしてください	1 住所と同じ ② 病院等に入院				
現在本人がいるところ	病院名・施設名・家族名 等 電話番号 ()					
※住所と異なる場合は 記入して下さい	○○ 病院 病棟及び部屋番号 5 階 503 号室					
※入院・入所中の方 のみ記入	所在地	浦添市○○△丁目×番☆号				
	入院・入所年月日	R 5 年 1 2 月 3 日	退院・退所予定年月日	R 6 年 1 月 3 1 日		

主 診 医	フリガナ	オキナワ カズオ	医療機関名	○○病院
	主治医氏名	沖縄 和男	市○○△丁目×番☆号	
主治医の“氏名”を漢字で 記入してください。		64歳以下の人が申請する場合は ①医療保険証の提示 ②特定疾病の記入 が必要です。		
医療保険者名		医療保険被保険者証 記号・番号		
特定疾病名				

同 意 欄	
私は、介護サービス計画また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 内容を確認して同意する場合は 署名してください。(申請者の代筆可)	
本人(被保険者)氏名	浦添 太郎