

【記入上の注意】

大洲市介護保険要介護認定・要支援認定申請書

大洲市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

提出 代 行 者	氏 名 または 事業所の名称	※被保険者本人が提出する場合は本欄の記入は不要です 親族(本人との関係:) または 代行事業者 申請書を提出する人の名前を記入 (事業所担当者名:)	該当するものに○ ・地域包括支援センター ・指定居宅介護支援事業者
	住 所 または 事業所所在地	〒 申請書を提出する人の住所と連絡先を記入	
	電話番号		

個人番号を記入した場合は、被保険者のマイナンバーカードを提示してください。(代理人が提出する場合は代理人の身分証明書も一緒に提示してください)
個人番号の記載がない場合でも申請は受け付けできます。

被 保 険 者	被保険者番号		個人番号											
	医療 保 険	保険者名称	☒ 愛媛県後期高齢者医療連合(39382072) ☐ 大洲市(380071)											
		および番号	☐ 全国健康保険協会愛媛支部(01380013) ☐ その他()											
		被保険者証	記号	番号				枝番						
	フリガナ								生年月日	T・S H 年 月 日				
	氏 名								性 別					
	住 所		〒						電話番号					
	主たる介護者の氏名 及 び 連 絡 先		ご家族様の氏名・連絡先をご記入ください (続柄)						電話番号					
	医療機関等入院の有無		医療機関等の名称等											
	有 ・ 無		所在地											
※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												

主 治 医	主治医の氏名	医療機関名
	所 在 地	

新規申請の場合は、意見書作成の可否を主治医にご確認下さい
総合病院等で主治医の氏名(フルネーム)が不明の場合は、名字と診療科名を記入して下さい

2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入 ※医療保険証(写)を添付してください。

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若しくは地域生活支援のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、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、大洲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、在宅介護支援センター若しくは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。

本人氏名 _____

(市処理欄)

(代筆者氏名) _____

保険証	受 付	意 見 書		調 査 予 定	審 査 会	判 定	有効期間
		依頼	返送				
有・無							か月

必ず署名をお願いします。
代筆の場合は、代筆者の氏名・続柄を記入

いずれかに○をする。
住所地以外の場合
は、調査場所の所在
地や名称を記入して
下さい。

認定調査訪問連絡票

大洲市

調査訪問場所 (希望する場所に○を付けてください。)	居住地	・表面住所に同じ ※施設の場合は施設名称「 」		
	グループホーム・老人ホーム等の施設を含む。	・表面住所と異なる場所「 住所 (マンション等の方は棟名及び部屋番号までご記入下さい。)		
		電話番号	()方	
	入院中	病院名	(号室) 退院予定日 (令和 年 月 日 予定)	
	施設入所中	施設名称		
		施設所在地		
		電話番号		
調査時の 同席の有無	希望有り	⇒ 同席者氏名	どちらかに○をする。 調査に同席を希望する場合は、同席者の情報を記入して下さい。	
	希望無し	同席者住所		
備考欄 (サービス状況、その他連絡事項等) ※新規申請のときは、希望するサービスも書いてください。		被保険者との続柄		
※自立のサービス(有・無)		連絡先電話番号	自宅	
			職場	
			携帯	
		調査希望日等		

※調査スケジュール都合により、ご希望の日時に添えない場合もありますので、ご了承下さい。
※この連絡票をもとに調査員が直接電話にて連絡しますので、訪問調査日時をご相談下さい。

※調査員記入欄 介護者の状況	同居人 有・無(お1人暮らし)			意見書問い合わせ等 ※市記入欄	
	主たる介護者 有・無	性別			
		年齢			
	同居の別 同居・別居・別棟	続柄			
		備考			

保険証等送付先
〒

ライフ/P 処理

認定後の被保険者証を被保険者の住所地以外に送付希望する場合は、この欄に送付先を記入して下さい。(ケアマネージャーを経由して受け取る旨の同意書を提出している場合を除く)