様式第６号（第10条関係）

新規申請記入例

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

申請日当日の日付

阿久比町長殿

次のとおり申請します。　　申請日　　年　　月　　日

	介護保険被保険者番号	4 4 1 0 0 0 0 0 0 0	個人番号			
被保険者		愛知県後期高齢者医療広域連合	保険者番号	39234414		
		記号 111	番号	12345678	枝番	01
		アグイ　タロウ	生年月日	昭和10年　5月　5日		
	氏名	阿久比　太郎	性別	男・女		
	住所	〒 470－2292 阿久比町大字卯坂字殿越 50 電話番号 0569-48-1111				
	前回の要介護認定等の結果等	記入不要				
	過去６月間の介	介護保険施設の名称等・所在地	期間　～			
		介護保険施設の名称等・所在地	期間　～			
		医療機関等の名称等・所在地 ○○病院	期間　令和○年○月○日～			
		医療機関等の名称等・所在地	期間　～			

医療保険被保険者証に記載の情報をご記入ください。

入院中・入所中の場合はご記入ください。

提出代行者	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） 阿久比　花子 （続柄　妻　）
	住所	〒 470－2292 阿久比町大字卯坂字殿越 50 電話番号 0569-48-1111

主治医氏名はフルネームでご記入ください。

主治医	主治医氏名	医者　次郎	医療機関名	○○病院
	所在地	〒 470－0000 ●●市●●町●丁目●●番地 電話番号 0569-00-0000		

第二号被保険者（４０歳から６４歳の医療保険加入者）のみ記入

特定疾病名	

同意署名欄		
	1. 情報提供の同意	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、介護認定調査会による判定結果・意見、主治医意見書、阿久比町が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービ[illegible]関係人が取得した心身の状況等の情報を、阿久比町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[illegible]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[illegible]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[illegible]
	2. 延期通知省略の同意	要介護更新認定・要支援更新認定の申請日から 30 日以内に認定がされない[illegible]現在の認定の有効期間内に結果が通知されるのであれば、延期通知を省略することに同意します。
	被保険者氏名 **阿久比　太郎**　　代筆者氏名 **阿久比　花子**　（続柄 **妻** ）	

本人以外が記入する場合は代筆者の氏名と続き柄をご記入ください。

※入院中・入所中の場合は医療機関名・施設名、個人宅の場合は住所をご記入ください。

対象者の日頃の様子がわかる方の立ち合いをお願いします。

訪　問　調　査		
	[illegible] **阿久比　拓郎**　続柄（ **長男** ） ☑申請者と同じ	電話番号 **080-1234-5678**
認定調査希望日	☑希望日あり（ **月曜日以外** ）　／　□特になし	
訪　問　先	☑自宅　／　□それ以外※4（　　）	
駐　車　場 （調査員用）	☑敷地内に駐車スペースあり □なし　→　近隣に駐車する場所（　　）	
備　　考		

調査員が軽自動車1台で伺います。

本人の前で言いづらいことがある場合や、家がわかりづらい場合は特徴など、調査員に事前に伝えたいことがあればご記入ください。

★新規の場合は以下もご記入ください。

申　請　理　由	今後利用したいサービスについて
□　身体的な状況が悪くなったため	□　訪問介護
□　認知症状が現れたため	□　訪問入浴介護
□　医療機関から勧められたため	□　訪問看護
（医療機関名　　）	□　訪問リハビリ
□　その他	□　通所介護／通所リハ（デイサービス／デイケア）
（　　）	□　短期入所（ショートステイ）
	□　小規模多機能型居宅介護
	□　福祉用具レンタル
	□　福祉用具の購入
	□　住宅改修
	□　施設入所

具　体　的　状　態	
診　断　名	

調査日	月　　日（　）　：　～	調査員	