

## 記入例

藤岡市長

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 2年 5月 1日

介護被保険者番号	2101234567	医療被保険者番号	ふじおか-87654321			
フリガナ	ツカノ		基本的に「記号-番号」になります。12345678-123 ※後期高齢者は8桁の番号のみです。			
氏名	藤岡 栗須		性別	男	生年月日	S 7年 7月 7日 88才
住所	〒375-8601 藤岡市中栗須327		電話番号	0274-22-1211		
被保険者	現在の認定(更新の場合)	要介護状態区分	在宅(同居家族有・ひとり暮らし) <b>施設</b>			
	上記以外の場所にいる場合	<input type="checkbox"/> 入所	施設名	鬼石病院		
		<input checked="" type="checkbox"/> 入院	所在地	〒370-1401 藤岡市鬼石139-1		
		<input type="checkbox"/> 親族宅(続柄)	宛名	住所		
現在の認定(更新の場合)	有効期間	住所以外にいる場合は、ご記入ください。 入院している場合は、入院日・退院日の記入をお願いします。				

主治医	医療機関名	鬼石病院	最終診察日	R 年 月 頃
	主治医氏名	鬼石 藤朗	受診予定日	R 2年 5月 頃
	所在地	〒370-1401 藤岡市鬼石139-1	診療科	整形外科

2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入 ※		事業者は、担当者名。 親族は、続柄を記入してください。
医療被保険者名		特定疾病名

提出代行	該当に○	親族 地域包括支援センター <b>居宅介護支援事業所</b> 介護老人福祉施設 介護老人保健施設 介護療養型医療施設 介護医療院	
氏名又は名称	藤岡市介護高齢課	続柄又は担当者名	介護 認子
希望の送付先を選択してください。自宅に送付する場合は、「住所地」を選択してください。 居宅宛に送付する場合は、どちらかの理由が必要となります。	希望の送付先	本人との関係	娘
立会予定者	日中連絡先	0274-22-1211	市役所記入欄
認定結果通知および保険証の希望送付先	<input type="checkbox"/> 住所地 <input type="checkbox"/> 入所施設 <input type="checkbox"/> 上記親族宅	居宅介護支援事業所 <input checked="" type="checkbox"/> 家族の希望 <input type="checkbox"/> 受け取れる人がいない	認定調査場所 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 親族宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input checked="" type="checkbox"/> 病院 南棟5階

☆介護サービス計画の作成等介護保険にかかる調査内容、介護認定調査会に居宅介護支援事業者、居宅サービス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。  
(更新申請の場合)申請から30日以内に認定がされない場合、現在の認定の有効期間であれば、認定延期通知の省略に同意します。

認定調査場所を選択してください。  
病院のみ、入院棟と階数の記入をお願いします。

認定・要支援認定に地域包括支援センター、記載した医師又は

本人氏名(自署)

藤岡 栗須

代筆者

藤岡 冬桜

(本人が自署できず、代筆した場合に代筆者の署名をお願いします。)

※市役所確認欄

※個人番号確認欄	身元 本人・代理人( )	代理権 委・介・( )	番号原本・写し 個力・通力・( )	受付 郵・使・( )
	免・個力・介( )	国・後・介・社保・( )		