

申請種別を  チェック

(新規 更新 区分変更)

このホームページに記載した「介護事業者等において個人番号を利用する事務について」に記載のとおり、個人番号を記載した申請書を提出する際には、マイナンバー通知書等(写し可)や身元確認書類が必要となります。

堺市介護保険

介護保険法の規定に基づき、次のとおり申請します。

介護保険の「被保険者番号」と「個人番号」を記入してください

介護保険被保険者番号		0 0 0 1 1 1 1 1 1 1	個人番号	2 2 2 2 2 2 2 2 2 2	保険証押印 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
医療保険者名	介護を受ける方ご本人の氏名を記入		医療保険者番号	1 0 0 0 0 0 0	
フリガナ	カ タロウ		<input checked="" type="checkbox"/> 男	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和
氏名	介護 太郎		<input type="checkbox"/> 女	12 年 3 月 4 日	
住所 *住民登録地又は外国人登録地を記入	〒590-0078 堺市堺区南瓦町3-1		FAX	住民登録のある住所地を記入してください。 電話番号も忘れずに記入してください。	
通知等送付先氏名・住所等	氏名 介護 花子 住所 〒590-0141 堺市南区桃山台1-1-1 電話番号 (072) XXX-0000		FAX	本人との関係	子
現在の要介護等状態区分	*更新・区分変更申請の場合のみ記入	要介護 ( 1 ) 2 3 4 5 )	有効期間	〇〇 年 〇 月 〇 日 から 〇〇 年 〇 月 〇 日	
	*14日以内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」の場合、申請日 年 月 日	認定結果等を上記住所と異なる場所での受け取りを希望する場合に記入してください。		
区分変更申請の理由 *区分変更申請の場合のみ記入	( 区分変更申請の場合の記入例 ⇒ 下肢筋力が低下し、歩行困難になったため )				
訪問記録(現上記)	立会いを希望される場合は「立会希望」の「有」に〇印をつけてください。「昼間連絡先」は日中に連絡がつく方の電話番号を記入してください。認定調査員が訪問調査の日程調整のため連絡します。		住所 〒590-0000 堺市堺区堺浜1-1	建物の名前(マンション名や施設名、部屋番号等)を記入してください。	
			入院・入所施設名(施設に入所の方)	さかいはま 総合病院	
			電話番号 (072) ΔΔΔ-ΔΔΔΔ FAX番号		
			施設退所予定がある方は退所予定年月日( 年 月 日)		
訪問調査について	*訪問調査日程について、都合の悪い曜日及び時間帯がある場合記入。 立会希望 ( 有・無 ) 昼間連絡先(どなたに 介護 花子 電話番号 090-ΔΔΔΔ-XXXX )				

提出代行者申請代理人名称・氏名	該当に〇(地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、指定介護予防事業者、居宅介護支援事業者、地域密着型サービス事業者若しくは介護保険施設)	被保険者ご本人以外の代理の方が申請書を提出する場合は記入してください。ご家族様でも記入が必要です。
住所又は所在地	〒	
	電話番号	FAX番号

主治医	主治医の氏名	支援 三郎	医療機関名	さかいはま 総合病院
				(最終受診年月日 〇〇 年 〇 月 〇 日)

申請書の提出を代理人に依頼する場合やケアプランを作成する居宅介護支援事業者等に対し、認定調査や主治医意見書の内容を、堺市が提示する場合に被保険者ご本人の署名が必要です。一部について同意できない場合は二本線で削除するか、申請窓口へお申し出ください。	主治医(かかりつけの医師)の氏名(フルネームで1名のみ)・医療機関名・医療機関所在地を記入してください。最終受診年月日は、おおよそ構いませんので、必ずご記入ください。 *なお、長期間、受診されていない方は再受診が必要な場合があります。
---	--

・上記提出代行者・申請代理人に申請行為を委任します。  
 ・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・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果、意見書及び主治医意見書(署名した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若しくは介護保険施設)に同意します。  
 ・要介護(要支援)状態区分の有効期間内であれば、認定までの見

申請は「申請書」と「介護保険被保険者証」を提出してください。  
 65歳未満の方は特定疾病名も記入した「申請書」「医療保険被保険者証(写し可)」「(更新申請の場合は「介護保険被保険者証」も)をご提出ください

本人氏名 介護 太郎 (※)  
 氏名を 被保険者ご本人が自署しない場合は、記名押印をしてください。