

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

秩父市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和〇〇年〇月〇日

被保険者番号		99999	個人番号	123456789012
医療 保険	保険者名	※医療保険の保険証を確認して記入してください。		
	被保険者証	記号		
被 保 者	フリガナ	チチブ タロウ	生年月日	明・大(昭) 10年 10月 10日
	氏名	秩父 太郎	性別	(男) ・ 女
	住所	〒 368-9999 秩父市〇〇〇123番地	電話番号 ()	25 - 5205
前 回 の 要 介 護 認 定 の 結 果 等	*要介護・要支援更新認定の場合のみ記入	要介護状態区分 1 (2) 3・4・5	要支援状態区分 1・2	有効期間 □□年 □月 □日 から □□年 □月 □日
	*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・いいえ 「はい」の場合、申請日 令和 年 月 日		
過 去 6 月 間 の 介 護 保 険 施 設 、 医 療 機 関 等 へ の 入 院 、 入 所 の 有 無	介護保険施設の名称・所在地	期間	年 月 日 ~	年 月
	医療機関等の名称・所在地	この欄は、申請日からさかのぼって6か月の間で入院・入所していたことがある場合に記入してください。		
有 ・ 無	医療機関等の名称・所在地	期間	年 月 日 ~	年 月

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) (窓口に来る方) 秩父 花子		
	住 所	〒 368-0000 秩父市△△△456番地	電話番号 ()	26 - 9999

主 治 医	主治医の氏名	●山 ●夫 先生	医療機関名	××× 総合病院
	所在地	〒 360-xxxx 熊谷市□□□901番地	電話番号 (048)	541 - 1111

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	※40歳から64歳までの方が申請する際は、ご本人様の疾病名について記入してください。
-----------	--

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、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を、保険者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。

※本人氏名を代筆した場合、代筆した方の氏名も必ず記入してください。

本人氏名 秩父 太郎
代筆 秩父 花子