

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

被保険者証の10桁の番号を記入してください。

申請年月日 ○○年○○月○○日

被 保 者	介護保険 被保険者番号	0000000000	個人番号																							
	医療 保険	保険者名											保険者番号													
		被保険者 記号・番号	記号											番号											枝番	
	フリガナ	○○○○ ○○○										生年月日	明・大・昭○○年○○月○○日													
	氏 名	○○ ○○										性 別														
	住 所	〒 343-○○○○										電話番号	000-1234-5678													
			埼玉県越谷市○○△丁目□□番地																							
	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	要介護状態区分 ① 2 3 4 5										要支援状態区分													
			○○年○○月○○日 から ○○年○○月○○日																							
			(市町村)名[]																							
		(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										年 月 日														
		介護保険施設の名称等・所在地										期間 年 月 日～ 年 月 日														
												期間 年 月 日～ 年 月 日														
		医療機関等の名称等・所在地										期間 ○年○○月○○日～ 年 月 日														
		○○○○病院																								
		医療機関等の名称等・所在地										期間 年 月 日～ 年 月 日														

日中に連絡のとれる番号を記入してください。

現在の要介護状態区分と有効期間を記入してください。

医療機関入院中・施設入所中の場合は、「有」とし、名称及び期間を記入してください。

提 出 代 理 人	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)																												
		意見書を記入いただく主治医の氏名はフルネームで記入してください。										電話番号																		
主 治 医	氏 名	□□ □□										医療機関名	○○○○病院																	
	所 在 地	〒 343-○○○○										埼玉県越谷市○○△丁目□□番地										電話番号 012-3456-7890								

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										
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- 三親等以内の親族から請求があったときは、要介護認定・要支援認定に係る個人情報をこの親族に提供することに同意します。
- 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・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書、サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人、居宅サービス事業者、地域密着型介護支援事業者、居宅サービス事業者、地域密着型介護予防サービス事業者の意見書に係る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田で電子的に行う場合を含む。) ことに同意します。

本人 (被保険者) が記入できない場合は、ご家族等が代筆してください。

本人氏名 ○○ ○○

受 付 者	対 象 者 コ ー ド 番 号										入力者	調査票	意見書	資格証	被保証	その他
	2	0			0	0	0									

在宅・施設 / 新規・継続

診断命令

(□の部分は該当する項目に「レ」を記す)

立 会 者 ☒いる ☐いない

本人との関係 ☒同居家族 ☐子 ☐兄弟姉妹 ☐親戚
☐知人 ☐ケアマネジャー ☐その他()

※立会者の情報は、認定調査を実施する居宅介護支援事業者等にお伝えすることがございます。ご了承ください。

転出元自治体（市町村）名[]

(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

ご記入ありがとうございました。