

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

越谷市長 宛

次 窓口に来た方の氏名を記入してください。

申請者氏名	荒川 花子	申請年月日	〇〇年〇〇月〇〇日
提出代行者 名称	該当に〇 (地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設・介護医療院)	本人との関係	長男の妻
申請者住所	〒 100 - 1111 東京都〇〇区〇〇町1-2-3	電話番号	03 (3000) 3000 090 (△△△△) 〇〇〇〇 ※日中に連絡のとれる所を記入してください

被 保 者	被保険者番号	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6	個人番号 (マイナンバー)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
	フリガナ	コシガヤ タロウ	生年月日	明・大・昭10年4月30日
	氏名	越谷 太郎	性別	男
	住所	〒 343 - 8501 越谷市越ヶ谷4-2-1	電話番号	048 (963) 9169 090 (△△△△) 〇〇〇〇 ※日中に連絡のとれる所を記入してください
	前回の要介護 認定の結果等 *要介護・要支援 更新認定場合のみ 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	〇〇年〇〇月〇〇日 から 〇〇年〇〇月〇〇日 まで		
	介護保険施設等 入所入院の有無	有	入所(入院)施設名 〇〇病院	※施設入所や入院をしていない場合は、記入不要。 電話番号 03 (3000) 5555
		無	所在地 東京都〇〇区〇〇町4-5-6	期間 〇〇年 〇〇月 〇〇日 ~ 年 月 日
		無	主治医の氏名をフルネームで記入してください。	

主 治 医	主治医の氏名	〇〇 〇〇	医療機関名	〇〇〇〇病院
	所在地	〒 100 - 1111 東京都〇〇区〇〇町4-5-6	電話番号	03 (3000) 5555

2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

医療保険者名	越谷市	保険者 番号	00110221	保 險 種 別	国民健康保険	記 号 番 号	1234567
特定疾病名	脳血管疾患		資格取得日	昭平令〇〇年〇月〇日			

- 三親等以内の親族が65歳未満の方は、特定疾病名を記入し、医療保険者証の写しを申請書の裏面に添付してください。
- 介護サービス計画の作成等介護保険事業の運営に携わったときは、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介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護従事した調査員に提示することに同意します。

被保険者本人の氏名を記入してください。

本人氏名

越谷 太郎

申請書の裏面にも、記入していただく箇所があります！

申請後、調査員がご自宅を訪問し、心身の状態などについて調査を行います。

訪問調査時に立ち会っていただける方について伺います。

(□の部分は該当する項目に「レ」を記入してください。)

立会者 いる いない

立会者氏名 荒川 花子

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

日中連絡がとれる電話番号

① 03(3000)3000 自宅 携帯 その他()

② 090(△△△△)□□□□ 自宅 携帯 その他()