

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

香南市長 様  
次のとおり申請します。

申請年月日は必ず  
記入してください。

申請者氏名	梅檀 由美子	申請年月日	令和 元年 8 月 1 日
		本人との関係	長女
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・指定介護療養型医療施設・介護医療院） 印		
※ 申請者住所	〒 781-0000 電話番号 0887-00-0000 携帯番号 090-0000-0000 香南市〇〇町〇〇123		

※申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

被 保 険 者	被保険者番号	0 7 0 0 0 0 1 2 3 4	個人番号			
	フリガナ	みかん きよし		生年月日	明・大・昭 11年12月22日 81歳	
	氏名	蜜柑 清		性別	男・女	
	住所	〒 781-0000 電話番号 0887-00-0000 携帯番号 090-0000-0000 香南市〇〇町〇〇456				
	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
		※14日以内 に他自治体 から転入し た者のみ記 入	有効期間	年 月 日 から	年 月 日	
	過去6ヶ月間の 介護保険施設・ 医療機関等入院 所の有無	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 （既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」 「はい」の場合、				
有・無	医療機関等の名称等・所在地	〇〇病院・〇〇市〇〇789		期間	H30年 4月 1日~R1年 5月 15日	
	医療機関等の名称等・所在地			期間	年 月 日~ 年 月 日	

※手続きを円滑にする  
ために、裏面の記入も  
お願いいたします。

主治医	主治医の氏名	目白 篤	医療機関名	〇〇病院
	所在地	〒		

・要介護・要支援認定には「主治医意見書」が必ず必要です。  
事前に、主治医に意見書作成の承諾を得てから申請してください。  
・複数の医療機関を受診している場合は、介護等が必要となっている  
主要因の症状で受診している主治医・医療機関を記入してください。

第2号被保険者（40歳から64歳）

医療保険者		医療保険被保険者証記号番号	
特定疾病名	40歳から64歳の方のみ記入してください。 ※「医療保険証のコピー」も提出してください。		

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地域包括支援センター、居宅介護支援  
人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事し

同意内容をご確認のうえ、  
・被保険者ご本人記入の場合：本人氏名のみ記入し  
てください。  
・代筆の場合：本人氏名と代筆者氏名を記入して、  
代筆者の印鑑を押印してください。

であっても、現在の認定の有効期間内であれば、認定延  
本人氏名 蜜柑 清  
(代筆者氏名) 梅檀 由美子 (印)