

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

香南市長 様
次のとおり申請します。

申請年月日を必ず記入してください

申請者氏名	○ 南 ○ 子	申請年月日	R8 年 ○ 月 ○○ 日
		本人との関係	子
提出者代行名称	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)		
※申請者氏名	〒 781-○○○○ 電話番号0887-○○-○○○○ 携帯番号080-○○○○-○○○○ 香南市○○町○野 ○○○番地		

※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	○○○○○○○○○○○○○○○○	個人番号			
	医療保険	保険者名		保険者番号		
		被保険者名	記号	番号	枝番	
	フリガナ	マルミナミ マルオ		生年月日	明・大・昭 ○○年 ○月 ○日	
	氏名	○ 南 ○ 男		性別	男 ・ 女 ○○歳	
	住所	〒 781-○○○○ 電話番号0887-○○-○○○○ 携帯番号090-○○○○-○○○○ 同上				
	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、転出先自治体(市町村)名	転入年月日	はい・いいえ	
	過去6ヶ月間の介護保険施設・医療機関等入院入所の有無	介護保険施設等の名称	介護保険施設等の名称・所在地	期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
○ 有 ・ 無	医療機関等の名称等・所在地	○○病院 ・ ○○市○○町○丁目○番○号	期間	R0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		

「更新認定」申請の場合
・介護状態区分や要支援状態区分欄は、現在被保険者証に記載されている要介護・要支援の状態区分の該当数字を○で囲んでください
また、有効期間も記入してください

※裏面の記入もお願いします

主治医	主治医の氏名	○○ ○○医師	医療機関名	○○病院
	所在地	〒 ○○市○		

①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、主治医の氏名を確認しておいてください
②複数の医療機関に通院している場合は、介護を主要因として通院している医療機関や主治医氏名を記入してください

第2号被保険者(40歳から64歳の医療保

特定疾病名	
-------	--

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確保を図るため、要介護認定にか
かる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見書の提出等に基づき、サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業所
事業者、居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常
生活介護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実施します。
場合によっては、現在の認定の有効期間内であれば、認定延期通知

2号被保険者の場合は、健康保険証の写しの提出が必要です。

同意内容をご確認の上
①被保険者本人がご記入の場合
本人氏名のみ記入してください
②代筆の場合
本人氏名と代筆者氏名を記入してください

本人氏名 ○ 南 ○ 男
(代筆者氏名) ○ 南 ○ 子

