

介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書
(新規・更新・転入)

記入例

あきる野市
次のとおり

①介護保険証の番号・個人番号(マイナンバー)をご記入ください。

②申請日をご記入ください。

◎ 介護保険料()を添付してください。(40歳から64歳の新規申請者を除く)

被 保 者	被保険者番号	0000123456	申請日	令和○年○月○日
	個人番号	1234 5678 9012	生年月日	明・大(昭)98年7月6日
	フリガナ	アキルノ タロウ		
	氏名	あきる野 太郎	③氏名・生年月日・性別・住所・電話番号をご記入ください。	(男)・女
	住所	〒197-0814 あきる野市二宮350		電話番号 042 (558) 1111
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	
		有効期限	年 月 日から	年 月 日
	14日以内に地方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、(既に)	④6か月以内の入院や施設入所の有無をご記入ください。入院や施設に入所している場合、「有」にマルをつけ、名称等をご記入ください。(ショートステイは除きます。)		
過 去 6 月 間 の 介 護 保 険 施 設 ・ 医 療 機 関 等 の 入 所 ・ 入 院 の 有 ・ 無 (短 期 入 所 を 除 く)	有・無	名称 ○○病院	期間 ○年○月○日～	年 月 日
		所在地 あきる野市○○	現在入院中・退院予定有	年 月 日

⑤主治医と病院についてご記入ください。

主 治 医	医療機関名	○○病院	主治医	あきる野 一郎
	診療科目名	内科	直近の受診日	令和 ○年○月○日
	所在地	〒197-0814 あきる野市○○○	電話番号	042 (558) 0123

提 出 代 行 者	名称	※施設等で代行する場合、記入及び押印してください。	印
	住所	〒	電話番号 ()

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

医療保険者名	医療保険被保険者証記号番号
特定疾病名	※40歳～64歳の方のみ記入ください。

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、あきる野市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、主治医に提出することにより、要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5の結果を伝えることとなります。

⑥氏名をご記入ください。

※代筆の場合、代筆者の氏名もご記入ください。

本人氏名 あきる野 太郎 (代筆者氏名) あきる野 花子

◎認定調査に立ち会いされる方の連絡先を記入してください。

住所 同上
氏名 あきる野 花子
電話 同上、090-0123-4567

⑦立会いされる方の連絡先を記入してください。

※立会いが施設職員の場合も必ずご記入ください。

本人との関係 妻

事 務 局 使 用 欄	受付者	案内	保険証	申請	意見書	認定調査	備考
		①	※裏面のアンケートもご記入ください。				
		②+意見書	未回収				