

記入例

介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書 (新規・更新・転入)

あきる野市長 様

次のとおり申請します。

申請年 月 日

医療保険者証の番号を記入してください。
(詳細は裏面を参照してください)

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6	個人番号					
	医療 保 険	保険者名	東京都後期高齢者医療広域連合		保険者番号	39132287		
		被保険者証	記号	番号		10000000	枝番	
		フリガナ	アキルノ タロウ					
		氏 名	あきる野 太郎					
		住 所	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 <input checked="" type="radio"/> 2 3 4 5	要支援状態区分	1 2	
			有効期限	令和 5年 11月 1日 から 令和 7年 12月 31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 現在、転出 (既に認定)	入院中、施設入所中等、住所地以外に居所がある場合は記入してください。			
	過去6か月間の介護施設、医療機関等への入院、入所の有無	有・無	名称					
			所在地					
			電話	期間 年 月 日～ 年 月 日				

更新申請の場合は印字内容をご確認のうえ、電話番号を記入してください。

主治医	医療機関名	いつかいち医院	主治医の氏名	秋川 はな
	所在地	あきる野市五日市411		
			電話番号	596-0000

提出代行者	名称	該当に○	かかりつけの病院と主治医を記入してください。 注：主治医に記入してもらう必要はありません！
	住所		

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	※ 40歳～64歳の方のみ記入。上部の医療保険（健康保険）についても必ず記入してください。
-------	---

介護サービス計画の作成等介護保険事業
主治医意見書、あきる野市が提供を受けた
の情報を、あきる野市から地域包括支援セ
ンターサービス事業者若しくは地域密着型介護
調査員に提示する。(地域支援事業として介
護サービス事業者が提供する場合は、介護
サービス事業者が提供する場合は、介護予
備調査員に提示する。)

ケアマネジャー等がケアプランを作成するなどの介護保険事業の適切な運営のため、必要があるときは
関係人等に情報提供をする（介護基盤情報経由で電子的に行うものを含む）ことへの同意書です。同意
いただける場合はご署名ください。

による判定結果・意見、
取得した心身の状況等
防支援助事業者、介護予
備調査員に従事した

本人氏名 あきる野 太郎 代筆者氏名 あきる野 みどり

◎ 認定調査に立ち会いされる方、ご家族等の連絡先

住所 あきる野市二宮350
氏名 あきる野 みどり
電話 090-0000-0000

**立ち会い者、または、何か連絡を取りたいときのために本人以外の平日、
昼間、連絡が取れる方の連絡先を記入してください。**

対象者との関係 子
※ 入院・施設入所中の場合の家族立ち会い希望
あり なし

対象者が入院中・施設入所中の場合のご家族の立ち会い希望について「○」を
してください。希望がなくても立ち会い者欄の連絡先は記入してください