

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

浅口市長様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 ○年 ×月 △日

市外から転入される方は必ず記載してください。

被保険者番号		9 9 9 9 9 9 9 9 9 9	個人番号							
医療保険	保険者名			保険者番号						
	被保険者証	記号			番号			枝番		
フリガナ		アサクチ タロウ						生年月日	明・大・昭	○年 ×月 △日
氏名		浅口 太郎						性別	男	・女
住所		〒719-0252 浅口市鴨方町六条院中3050 電話番号0865-44-xxxx								
被保険者	※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 ×日まで				
前回の要介護認定の結果等		※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、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 (既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください) はい・いいえ 「はい」の場合、申請日 令和 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	介護保険施設の名称等・所在地					期間	年 月 日	～	年 月 日	
	介護保険施設の名称等・所在地					期間	年 月 日	～	年 月 日	
	医療機関等の名称等・所在地	アサクチ病院				期間	○年 ×月 △日	～	○年 ×月 □日	
	医療機関等の名称等・所在地	浅口中央病院				期間	○年 ×月 □日	～	年 月 日	

令和4年4月1日から加入医療保険情報の記載が必要になりました。 ※社会保険等加入者、第2号被保険者の方は記載してください。

新規・更新申請の方は、記入不要です。

過去6ヶ月間の、入院入所がなければ「無」に丸印

転院前の病院も記入してください。

提出代行者	氏名	浅口 花子	本人との関係	妻
	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・介護医療院)		
	住所 または 所在地	〒719-0252 浅口市鴨方町六条院中3050 電話番号 0865-44-xxxx		

申請は、ケアマネジャーや入所施設に代行してもらうこともできます。(家族の場合も、提出にくる方の名前と住所を記入してください。)

○主治医意見書を記入してもらう医療機関名をご記入ください。

主治医	主治医の氏名	山田 太郎	医療機関名	浅口中央病院
	所在地	〒719-0243 浅口市鴨方町鴨方9999 電話番号 0865-44-0000		

被保険者の身体の状況について、普段からよくご存知の医師を記入してください。

○第二号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)のみご記入ください。

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、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に交付、又は提示することに同意します。

被保険者本人が氏名を書けない場合、代筆可。代筆の場合、代筆者名と続柄を書いてください。

本人氏名(自署) 浅口 太郎 代筆者氏名 浅口 花子 続柄:妻

※パソコン等での印字は不可です。

注意

令6.5改

介護保険の申請には、この介護保険申請書と訪問調査連絡票、介護保険被保険者証が必要です。

第二号被保険者の方は、該当する「特定疾病名」を記載してください。
※申請の際にご加入の医療保険被保険者証を提示してください。(コピーでも可)