

記入例

介護保険 要介護認定(更新・区分変更)・要支援認定(更新・区分変更)申請書

(あて先) 岩国市長

次のとおり申請します。

申請日 令和 年 月 日

新規・更新・変更・転入

氏名	岩国花子		被保険者との関係	妻
提出代行者名称	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 指定介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 指定地域密着型介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 (担当介護支援専門員氏名)			
住所又は所在地	〒 740-0018		電話番号	() () () () () () () () () ()
被保険者本人と同じ住所なら記載不要	岩国市麻里布町〇-〇-〇			
名	岩国 太郎		被保険者番号	0 0 0 0 × × × ×
年 月 日	明・大 昭 14年 1月 1日	性別	男	個人番号
住 所	〒 740-0018		電話番号	(〇〇) 〇〇〇〇
医療保険被保険者証	記号	番号	番号	枝番
要支援	1	2	3	4
要介護	1	2	3	4
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()			
現在、介護施設、医療機関等に入院・入所している場合に記入してください。(短期入所を除く。)	施設名	所在地	電話番号	() () () () () () () () () ()
過去6月間の入院・入所期間	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	施設名	
主治医に意見書を作成していただけるかを確認してください	主治医のいる病院名を記入		医師名	主治医をフルネームで記入
意見書作成の承諾	有・無	1ヵ月未満の受診状況	2号被保険者の方(40~64歳)は必ずご記入ください	
特定疾病名称	第2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)のみ記入			
1.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 2.主治医意見書を記載した医師が情報提供を求めている場合、要介護 3.介護予防事業又は健康増進事業の実施のために必要があるときは、 4.更新申請において、現在の認定有効期間内に要介護・要支援認定が行われる場合は、申請日から	必ず、本人の署名(代筆可)をしてください。			
受付者	調査	予定日	入手日	依頼日
				入手日
本人氏名				岩国 太郎

実際に申請書を提出する届出人の氏名をご記入ください

住所・電話番号をご記入ください

個人番号をご記入ください

現在、入院・入所している場合はご記入ください

医療保険被保険者証の記号番号等をご記入ください。なお、2号被保険者の方(40~64歳)は必須事項です。必ずご記入ください。

主治医に意見書を作成していただけるかを確認してください

認定調査を受ける際の、同席の有無をご記入ください

2号被保険者の方(40~64歳)は必ずご記入ください

必ず、本人の署名(代筆可)をしてください。

※ 申請の際には、**介護保険被保険者証**を必ずご持参ください。

また、医療保険につきまして、40~64歳までの方は、その保険証を必ず持参してください。

65歳以上の方は、申請書に医療被保険者番号等を記載していただくだけでも構いません。

※ 被保険者本人の個人番号が確認できる書類と、身元確認書類が必要になります。

詳細につきましては別添書類をご参照ください。