

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

常陸太田市長 殿 次のとおり申請します。申請年月日令和〇年〇月〇日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号		〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	個人番号	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	
	医療 保険	保険者 名	※加入している 医療保険の名称を記載									保険者番号	〇〇〇〇〇〇											
		被保険 者証	記号	〇〇				番号	〇〇〇〇〇〇				枝番	〇										
	フリガナ		オオタ タロウ									生年月日		昭和〇 年〇月〇日										
	氏 名		太田 太郎									性別		男 ・ 女										
	住 所		〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 常陸太田市〇〇町〇〇〇番地 電話番号 〇〇 - 〇〇〇〇																					
	前回の要介護 認定の結果等 ※要介護・要支援更新 認定場合のみ記入		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 令和 〇 年 〇月 〇日 から 令和〇年 〇月 〇日																					
	※14 日以内に 他自治体から 転入した場合 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（申請日 年 月 日）・いいえ																					
	過去6月間の 介護保険施設・ 医療機関等 入院入所の有無 有 ・ 無		介護保険施設の名称等										期間		年 月 日～		年 月 日							
			介護保険施設の名称等										期間		年 月 日～		年 月 日							
医療機関等の名称等										期間		年 月 日～		年 月 日										
医療機関等の名称等										期間		年 月 日～		年 月 日										

* 代理申請者 氏 名	太田 花子	* 本人との 関 係	長女	※申請者が被保険者本人の場 合、*印の欄については記載 不要です。
* 提出代行者 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）			
* 提出代行者 代理申請者 住 所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 常陸太田市〇〇町〇〇番地 電話番号 〇〇—〇〇〇〇			

主 治 医	主治医の氏名	〇〇〇〇	医療機関名	〇〇病院
	所 在 地	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇〇番地 電話番号 〇〇〇—〇〇〇〇		

第2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	
-----------	--

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居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、
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提示することに同意します。

本人氏名太田 太郎

1. 被保険者欄の記入

- (1) 申請する年月日を記入してください。
- (2) 被保険者本人の介護保険及び医療保険被保険者番号等，個人番号，氏名（フリガナ），生年月日，性別，住所，郵便番号，電話番号を記入してください。
※医療保険被保険者番号について、「茨城県後期高齢者医療広域連合」に加入している方は「記号」「枝番」はありませんので，空欄のままご提出ください。

※申請に併せて，別添「個人番号及び医療保険被保険者番号等の記載等に関する確認書」の提出が必要です。
（申請する時に，来庁される方の免許証等の提示が必要です。）

- (3) 現在の要介護度および期間を記入してください。
（被保険者証に記載してあります。）

- (4) 14日以内に他自治体から転入した場合のみ，転出元自治体（市町村）名を記入してください。
現在，転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中の場合には「はい」に○印を付けて申請日を記入してください。申請中でない場合には「いいえ」に○印を付けてください。

- (5) 過去6月間に，被保険者が施設や病院へ入所・入院していない場合無に○印を付けてください。
被保険者が施設や病院へ入所・入院している場合は有に○印をつけて，名称および期間を記入してください。

2. 代理申請，提出代行者の欄の記入

被保険者以外の方が代理申請する場合，代理申請者の氏名，本人との関係，住所・郵便番号・電話番号を記入してください。

3. 主治医欄の記入

かかりつけの主治医氏名，医療機関名及び住所地，郵便番号，電話番号を記入してください。

4. 2号被保険者欄の記入

2号被保険者（40歳～65歳未満）の申請は，特定疾病名を記入してください。

5. 情報提示同意欄の記入

説明の内容をよく読んで，同意のうえ本人氏名を記入してください。