

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		〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇		個人番号		〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇						
	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					
* 提出代行者 名称		該当に〇（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													

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」に〇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」に〇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〇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〇印をつけて，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。

本人氏名 **太田 太郎**

