

記入例

受付番号

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

行田市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 〇年 〇月 〇日

介護保険被保険者番号 〇〇〇1234567 個人番号 123456789123
医療保険 保険者名 〇〇県後期高齢者医療広域連合 保険者番号 39111234
被保険者証 記号 番号 12345678 枝番
氏名 行田 太郎 生年月日 明・大・昭 〇年 〇月 〇日 性別 男・女
住所 行田市本丸〇一〇 電話番号 556-1111
前回の要介護認定の結果等 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 平成・令和 年 月 日から令和 年 月 日
転出元自治体(市町村)名 [ △△市 ]
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月間の介護保険施設、医療機関等への入院、入所の有無
介護保険施設等の名称等・所在地 期間 年 月 日～年 月 日
医療機関等の名称等・所在地 期間 年 月 日～年 月 日

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) ※事業者、施設職員が申請の場合は記入してください。
住所 〒 電話番号

主治医 主治医の氏名 埼玉 三郎 医療機関名 〇〇医院 申請後受診日
所在地 〒360-0000 △△市×× 〇一〇 電話番号 123-1234 〇月〇日

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

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、行田市から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提示することに同意します。

介護保険サービス利用日 日月火水木金土

本人氏名 行田 太郎