

記入例

新規・更新

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

長瀬町長 様
次のおり申請します。

わからない等、記入が困難な場合は
空欄でも受付します。

被 保 者	介護保険 被保険者番号	1 1 1 1 1 1	個人番号	
	医療 保険	保険者名 国保(後期) その他()	保険者番号	3 9 1 1 3 6 3 4
		被保険者証 記号	番号	0 1 2 3 0 4 5 枝番
	氏名	フリガナ ナガトロ ハナコ 長瀬 花子	生年月日	明・大(昭) 10年 1月 1日 性別 男・女
保 険	住所	〒369-1304 長瀬町大字本野上1035-1 電話番号 66-3111		
	前回の要介護 認定の結果等	*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 有効期限 年 月 日から 年 月 日		
		※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 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		
	介護保険施設等の名称等・所在地			
	医療機関等の名称等・所在地	●●病院 ▲▲市■町1-2-3 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		

この欄は、申請日から遡って
6か月以内に、入院・入所した(して
いる)場合に記入してください。

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)
	住所	〒

要介護認定申請をする旨を主治医に伝え、
了承を得ておいていただくようお願いいたします。

主 治 医	主治医の氏名	●川 ▲夫	医療機関名	×××病院
	所在地	〒369-1000 ●●市■町4-5 電話番号 0494-11-1000		

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	40～64歳の方が申請する場合は、疾病名を記入してください。
-------	--------------------------------

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営
支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による
地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅
主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した

本人氏名を代筆した場合は、代筆者の氏名と
本人との続柄を記入してください。

本人氏名 長瀬 花子 代筆 長瀬 太郎 (子)
(関係)

日程調整者 **長瀬 太郎 (子)**

連絡先電話番号 **090-0001-0002**

デイ等の利用日 **なし**

調査の立会者について
記入してください。