

【記入のしかた】

①～⑧までご記入をお願いします
(④・⑤は該当者のみ)

要介護認定・要支援認定区分

申請日を記入してください

(郵送の場合は、市の受理日が申請日となります)

①

申請年月日 令和 年 月 日

②

介護保険 被保険者番号											個人番号										
医療 保険	保険者名										保険者番号										
被保険者 記号・番号	認定を受ける方の情報を記入してください																				
フリガナ																					
氏名										性別											
住所										※住民票の住所を記入してください。											

③

前回の要介護 認定の結果等	要支援・要介護											
前回結果・有効期限を記入してください。										年	月	日
変更申請の 理由	区分変更申請の理由を記入してください。											

④

過去6月間の 介護保険施設、 医療機関等 入院、入所の 有無	過去6ヶ月に入院または施設入所されていた方、現在入院・入所中の方は、病院名・施設名と入院・入所期間を記入してください。												
有・無	当てはまる方に○をつけてください。										年	月	日

⑤

提出代行者 名称	本人に代わって申請される方のお名前と続柄を記入してください									
住所	あわせてご住所・連絡先（携帯推奨）も記入してください									
電話番号										

⑥

主治医	医療機関・主治医の先生（フルネーム）を記入してください (市からの主治医意見書の作成依頼時に必要となります)									
-----	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

⑦

特定疾病名	40～64歳での申請の場合は、16の特定疾病の診断名（特定疾病）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、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者等から得た情報を基に、必要に応じて調査員に提示することに同意します。

同意内容をお読みいただき、認定を受ける方のお名前を記入してください

⑧

本人氏名