

# 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

吉岡町長 様

次のとおり申請します。

施設・事業者等が代行申請する場合は、この欄に事業者等の名称をご記入ください。

窓口で申請書を提出される方の氏名等を記入してください。

申請者氏名	吉岡 太郎	申請年月日	令和〇 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(介護予防)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)	本人との関係	長男
申請者住所	〒 370-3608 吉岡町大字下野田560番地	電話番号	090(XXXX)△△△△

\*申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

被保険者番号	1 0 3 4 5 × × × × ×	個人番号	個人番号を記入してください。		
医療保険	保険者名 被保険者証 フリガナ 氏名 住所	加入している医療保険の情報を記入してください。	保険者番号	番号	枝番
被 保 険 者	住所	〒 370-3608 吉岡町大字下野田560番地	生年月日	昭和×年〇月△日	
	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 ※14日以内に他自治体から転入した者のみ記入	要介護状態区分	1 (2) 3 4 5	要支援状態区分 1 2
	居宅(介護予防)サービス計画作成依頼届出事業者名	居宅(介護予防)サービス計画の作成を依頼している事業者名を記入してください			
	現在、入院・入所している施設 (短期入所も含む)	施設名(病院・介護保険施設等の名称) 所在地	〇〇病院 〇〇市□□町××番地	現在、入院又は入所中の場合は、【有】に〇、この欄に施設・病院名し、その期間を記入してください。	
有・無	入院・入所期間	〇 年 △ 月 × 日 から	年 月 日	当分の間	
主治医	主治医の氏名	〇〇 △△	医療機関名	〇〇病院	
	所在地	役場から認定調査に必要な書類を依頼するため、記入の上、近日中の受診をお願いします。			

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	40歳から64歳までの方は、介護保険の対象となる16種類の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吉岡町から地域包括支援(介護予防)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調査員に提示することに同意します。また更新申請の場合で申請から30日以内に認定された期間内であれば認定延期通知の省略に同意します。

代筆の場合は、代筆者の氏名を記入してください。※親族不在の場合に限り、介護支援専門員の代筆も可とします。

本人氏名 吉岡 花子 代筆 吉岡 太郎

調査立会い希望	有・無	連絡先	自宅・申請者・その他	サービスの緊急性	有・無
備考	調査立会い希望の有無に〇のうえ、調査の日程調整を行う方の氏名・連絡先を記入してください。				