

記入例 新規・更新

介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書
要介護更新認定・要支援更新認定

様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 4 年 4 月 3 日

介護保険 被保険者番号	0 0 0 0 0 1 2 3 4 5	個人番号	
医療 保険	保険者名 茨城県後期高齢者医療広域連合	保険者番号	39083415
	被保険者証 記号 記入不要	番号	09090909 枝番 記入不要
フリガナ	トウカイ ジロウ		生年月日 昭和12年 5月 17日
氏名	東海 次郎		性別 男 ・ 女
住所	〒319-1117 東海村東海三丁目7番1号 電話番号 029-282-1711 (連絡先)東海 村子(長女) 090-1111-2222		
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
	※14日以内に 他自治体から 転入した者の み記入	有効期間 平成・令和 年 月 日から 年 月 日 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 令和 年 月 日	
過去6月間の介護保険施設・医療機関等入院、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	期間 年 月 日～ 年 月 日	
	医療機関等の名称等・所在地 ○▲病院(2階 東病棟)	期間 R4年3月25日～ 年 月 日	
④ ・ 無	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○(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	〒	電話番号	

主治医	主治医の氏名	医療機関名
	所在地 〒	電話番号

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	
-------	--

介護サービス計画又は介護予防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、東海村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。

本人氏名 東海次郎 代筆 東海 村子 (長女)

新規申請は上段「要介護認定・要支援認定」を○、更新は下段要介護更新認定もしくは要支援更新認定どちらかに○をつけてください。

申請日(窓口提出日)を記入してください。

医療保険証の保険者名、記号、番号等入してください。後期高齢者医療被保険者証の場合は、記号、枝番の記入は不要です。

本人の氏名、生年月日、性別、住所、電話番号を記入してください。

電話番号は、本人の電話番号を記入するが、調査の日程調整先の電話番号が異なる場合は、余白に日程調整先の氏名、電話番号を記入してください。

過去に認定を受けていた場合は、区分と有効期間を記入してください。

特別養護老人ホーム、老人保健施設、介護療養型医療施設(介護医療院)に入所(入院)している場合は、その施設名と期間を記入してください。

医療機関に入院している場合は、入院先医療機関名と期間を記入してください。調査先が病院になる場合は、病棟名をご記入ください。※所在地は分かる範囲で可。県内の場合は記載不要。

事業所や施設で提出代行した場合は、事業所名・住所・電話番号を記入してください。(押印不要)※本人や家族が申請する場合は記載不要

主治医意見書を病院に依頼するため、かかりつけ医についてご記入ください。しばらく病院に行っていないなど、受診期間があいてしまう場合は、ご相談ください。

40歳から64歳で、特定疾病に該当する方のみ、特定疾病名を記入してください。

個人情報提供の同意欄になるため、原則本人が署名。代筆の場合は、本人氏名と代筆者氏名を記入してください。