様式第５号（第７条関係）

記入例

介護保険要介護認定・要支援認定（新規・(更新)・変更）申請書

いずれかに○をつけてください。

担当課で受領した日を受付日とします

滑　川　市　長　　あ て

次のとおり申請します。

・太枠内を記入してください。
・「※」欄は該当する方のみ記入してください。

当該申請をする本人又は家族等の氏名を記入してください。

申請年月日	令和 ○年 ○月 ○日		
申請者氏名	滑川 太郎	被保険者との関係	長男
申請者住所	〒 936 － ○○○○ 滑川市 ○○町 ○○番地　電話番号 ○○○ － ○○○○		
介護保険に関する書類の送付先（本人以外の場合） 本人以外の住所地に書類の送付を希望される方のみ記入	〒 □□□ － □□□□ □□市 □□町 □□番地 電話番号 □□□ － □□□□	受取人の氏名及び関係	滑川 二郎 （関係 次男 ）
申請代行者所属名称	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）		

「介護保険被保険者証」に記載してある番号を記入

個人番号(マイナンバー)を記入してください。

健康保険被保険者証に記載してある番号等を記入

被保険者	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	
	医療保険 被保険者証	記号		番号	枝番
	フリガナ	ナメリカワ　ハナコ		性別	男・(女)
	氏名	滑川 花子		生年月日	昭和 ○年 ○月 ○日
	住所（申請者が被保険者本人の場合記載不要）	〒 936 － ○○○○ 滑川市 ○○町 ○○番地 電話番号 ○○○ － ○○○○			
	介護保険施設の入所の有無（短期入所を除く）	(有)・無	※有の場合記入 入所施設名 老人保健施設○○苑	所在地 〒 □□□ － □□□□ □□市 □□町 □□番地 電話番号 □□□ － □□□□	
	※ 更新(変更)認定の場合に記入	直近の介護保険施設・医療機関等入院入所の有無 (有)・無	介護保険施設の名称等 老人保健施設○○苑	期間 ○年 ○月 ○日 ～ ○年 ○月 ○日	
			医療機関等の名称等 ○○病院	期間 ○年 ○月 ○日 ～ ○年 ○月 ○日	
		前回(現在)の要介護認定の結果等	要介護状態区分 1 2 3 4 5 経過的要介護	要支援状態区分 1 2	
			有効期間 年 月 日 から	年 月 日	
	※ 変更申請の場合に記入	変更申請の理由			

主治医意見書の添付	(有)・無			
※ 意見書の添付のない場合に記入	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒 － 電話番号 －		

※ 第2号被保険者（４０歳から６４歳までの医療保険加入者）のみ記入

特定疾病名	

※土日、祝祭日以外で調査の希望曜日等があれば記入してください。

備考　被保険者証の添付の　有　・　無（再交付申請・後日）

認定調査立会希望　(有)・無

立会者連絡先及び氏名　TEL ○○○ － ○○○ － ○○○○　（氏名 滑川 美子　本人との続柄 長男の嫁 ）

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[illegible]計画及び介護予[illegible]した心身の状[illegible]居宅介護支援事業[illegible]予防支援事業者、介護予防[illegible]事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介[illegible]生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した[illegible]査員に提示する（地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。）ことに同意します。

本人氏名は、自署または代筆してください。

家族等による申請の場合には、代理者氏名も記入してください。

本人氏名　滑川 花子　　（**代理者氏名** 滑川 太郎 **本人との続柄** 長男 ）