

# 記入例

いずれかに○をつけてください。

## 介護保険要介護認定・要支援認定(新規・更新・変更)申請書

担当課で  
受領した日を  
受付日とします

滑川市長あて

・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。

次のとおり申請します。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	令和〇年〇月〇日
申請者氏名	滑川太郎
被保険者との関係	長男
申請者住所	〒936-〇〇〇〇 滑川市〇〇町〇〇番地 電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇
介護保険に関する書類の送付先(本人以外の場合)	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇〇番地 電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇
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)

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

「健康保険被保険者証」に記載してある番号等を記入

「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。

介護保険被保険者番号	個人番号		
医療保険	保険者番号		
被保険者記号・番号	番号	枝番	
フリガナ	ナメリカワ ハナコ	性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女
氏名	滑川花子	生年月日	昭和〇年〇月〇日
住所	〒936-〇〇〇〇 滑川市〇〇町〇〇番地 電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇		
介護保険施設の入所の有無(短期入所を除く)	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	※有の場合記入 入所施設名 老人保健施設〇〇苑	所在地 〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市 〇〇町 〇〇番地 電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇
※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	介護保険施設の名称等 老人保健施設〇〇苑	期間 〇年〇月〇日～〇年〇月〇日
	<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無	医療機関等の名称等 〇〇病院	期間 〇年〇月〇日～〇年〇月〇日
※変更申請の場合に記入	前回(現在)の要介護認定の結果等	要介護状態区分 有効期間	1 2 3 4 5 経過的要介護 要支援状態区分 1 2 年 月 日 から 年 月 日
変更申請の理由			

主治医意見書の添付	<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 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 -

マイナ保険証をお持ちでない方は、健康保険の資格確認書等をご提示ください。

※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	<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無
立会者連絡先及び氏名	TEL 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 (氏名 滑川美子 本人との続柄 長男の嫁)

介護サービス計画を作成する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、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又は提供することに同意します。

本人氏名は、自署または  
本人氏名 滑川花子 代筆してください。

家族等による申請の場合には、代理人氏名も記入してください。  
(代理人氏名 滑川太郎 本人との続柄 長男)

(注)『主治医意見書』及び『介護保険被保険者証』を添付して申請してください。