

記入例

いすれかに○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

本人以外の
住所地に書
類の送付を
を希望され
る方のみ記
入

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)	〒□□□-□□□□ □□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）		

「健康保険
被保険者
証」に記載
してある番
号等を記入

介護保険被保険者番号		個人番号		
医療 保険 被 保 険 者	保険者名	保険者番号		
	被保険者 記号・番号	記号	番号	
	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	昭和〇年〇月〇日
住所 (申請者が被保険者本人の場合記載不要)	〒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)	有 無	※有の場合記入 入所施設名 老人保健施設〇〇苑	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 老人保健施設〇〇苑	期間〇年〇月〇日～〇年〇月〇日	
		〇〇病院 医療機関等の名称等	期間〇年〇月〇日～〇年〇月〇日	
	前回(現在)の要介護 認定の結果等	要介護状態区分 1年 2月 3日 4から 5年	経過的要介護 1年 2月 3日 4から 5年	要支援状態区分 1年 2月 3日 4から 5年
※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 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

特定疾患名	※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 立会者連絡先及び氏名 TEL	有 無	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 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、代理者氏名も記入してください。 (代理者氏名滑川太郎 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。