

申請書の記入のしかた

要介護認定・要

訪問調査員用連絡票もご記入ください

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

被保険者証の10ケタの番号です。

被 保 険 者 (本 人)	被保険者番号		申請事由	新規・更新・変更
	フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日 () 歳
	氏名		性別	男 ・ 女
	住民票所	〒 ①	①の住民票と違う場所にお住まいの場合はこちらもご記入ください。	
	現在の居住地 (上記と違う場合のみ)	〒	電話番号	() ()
	現在の要介護 状態区分等	要介護状態区分	状態区分	1・2
	変更申請の理由 (変更の場合のみ)	有効期間	変更申請の場合は、理由を必ずご記入ください。	
	現在の入院・入所先 (短期入所を除く)	入院・入所施設名	所在地	〒
	期間(予定)	現在、病院や施設にいらっしゃる、またはこれからお入りになる場合に期間と併せてご記入ください。但し、ショートステイ等の短期入所は除きます。		

申 請 者 (代 行 者)	フリガナ		
	氏名	申請窓口に来られる方の名前をご記入ください。	
	住所 (上記住民票住所と違う場合のみ)	事業者が代行申請する場合は、事業所の名称もご記入ください。	
	該当にO(本人・家族)	電話番号	() ()

現在、定期的に診ていただいている医師名を書いてください。

主 治 医	医療機関名	現在、定期的に受診している病院名をご記入ください。	診療科目 主治医氏名	診療科目もお書きください。
	医療機関の所在地	〒	最終受診年月	最終受診年月をご記入ください。
医療保険者名	医療保険の情報をお書きください。なお、後期高齢者医療制度に加入している方は、医療被保険者証の「被保険者番号」を「記号」欄に記入してください(「番号」「枝番」欄の記入は不要です)。			
医療保険被保険者証	記号			

2号被保険者(40歳から64歳の)

65歳未満の方は、特定疾病名が必要です。

(印をご持参ください)

特定疾病名	ご本人が署名できない場合は、ご家族等が代筆してください。 *代筆の場合は余白に「代筆〇〇」と代筆者の名前も記入してください。			
本人署名		大欄		
個人番号を記入した場合は、個人番号確認書類及び身分確認書類が必要です。	個人番号			

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適
介護保険施設の職員、管轄の地域包括支援センター

介