

記入例

介護保険

- 要介護認定・要支援認定
- 要介護更新認定・要支援更新認定
- 要介護・要支援状態区分変更認定

申請書

医療保険者名、保険者番号、医療保険被保険者証記号番号(枝番)を記入してください。

介護保険被保険者証の被保険者番号を記入してください。

申請年月日 令和 年 月 日

| | | | | | |
|------------------------------|------------------|--|-------------------|----------------|-------------------|
| 被 保 険 者 | 介護保険被保険者番号 | 0000000000 | 個人番号 | 00000000000000 | |
| | 医療保険 | 保険者名 | 保険者番号 | | |
| | | 被保険者証 | 記号 | 番号 | 枝番 |
| | フリガナ | ミホ タロウ | | 生年月日 | 明・大・昭 00年 00月 00日 |
| | 氏名 | 美浦 太郎 | | 性別 | (男) ・ 女 |
| | 住所 | 〒300-0000 美浦村大字受領1515 | | 電話番号(昼間) | () |
| | | | | 電話番号(夜間) | () |
| | 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 | 年 月 日から | 年 月 日まで |
| | 変更申請理由(該当に○) | 1. 状態の変化 2. その他 ※要介護・要支援状態区分変更認定申請の場合のみ記入 | | | |
| 現在の居所(該当に○) | 在宅 | 介護保険施設 | (医療機関) | その他() | |
| | 施設の名称等 | 〇〇病院 | | 入院・入所日 | 〇年〇月〇日 |
| | 所在地 | | | 退院・退院予定日 | 〇年〇月〇日 |
| 過去6月間の介護保険施設、医療機関等への入院、入所の有無 | 介護保険施設、医療機関等の名称等 | □□病院 | | 〇年〇月〇日～〇年〇月〇日 | |
| | 所在地 | | | | |
| (有)・無 | 介護保険施設、医療機関等の名称等 | | | 年 月 日～年 月 日 | |
| | 所在地 | | | | |

| | | |
|-------|----|--|
| 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 家族(続柄: 長男) 美浦 一郎 |
| | 住所 | 〒300-0000 美浦村大字受領1515 電話番号 () |

| | | | | |
|-----|--------|--|--------|--------------|
| 主治医 | 主治医の氏名 | 〇〇先生 | 意見書依頼日 | 00年 00月 00日 |
| | 医療機関名 | △△病院 | 診療科目名 | 内科 最終診療月 年 月 |
| | 所在地 | 〒300-0000 美浦村□□000番地 『主治医の意見書』を依頼した(する)医療機関に関する情報を記載してください。 電話番号 () | | |

◆第2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入 * 医療保険被保険者証をお持ちください。

| | |
|-------|--|
| 特定疾病名 | ← 第2号被保険者(40～64歳の医療保険加入者)のみ、特定疾病名について記入してください。 |
|-------|--|

記載内容に同意する場合は、被保険者ご本人のお名前を署名してください。ご本人による署名が困難な場合は、ご本人の了承を得て代筆いただいても結構です。その際は代筆者氏名と続柄もご記入ください。

運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定意見、及び主治医意見書を、美浦村から地域包括支援若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載と同意します。

本人氏名