

記入例

赤枠部分の記載をお願い致します。

ご本人、又はご家族のお名前になります。こちらに記載の方に認定結果の通知と新しい保険者証をお送りします。電話番号は日中に連絡のつく番号の記載をお願い致します。

認定
更新認定

申請書

次のとおり申請します。

年月日

〇年 〇月 〇日

申請者氏名	標茶花子	本人との関係	妻
申請者住所	〒088-2312 標茶町川上4丁目2番地		電話番号 015-485-2111

介護保険 被保険者番号		個人番号	
医療 保険	保険者名	北海道後期高齢者医療広域連合	保険者番号 39016647
	被保険者証	記号	番号 01234567 枝番
被 保 者	フリガナ	シベチャ タロウ	生年月日 昭和 〇年 〇月 〇日
	氏名	標茶太郎	性別 <input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女
保 険 者	住所	〒 同上 電話番号	
	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 <input checked="" type="radio"/> 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		有効期限 令和 〇年 〇月 〇日 から 令和 〇年 〇月 〇日	
有 無	転出元自治体（市町村）名 [〇〇市]	現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 (既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください) はい ・ <input checked="" type="radio"/> いいえ	
	「はい」の場合、申請日	年 月 日	
有 無	介護保険施設等の名称等・所在地	期間 年 月 日 ~ 年 月 日	
	医療機関等の名称等・所在地 〇△病院 ××市×丁目×番地	期間 〇年 〇月 〇日 ~ 〇年 〇月 〇日	

6か月以内に入
院・入所がな
ければ「無」に〇

提出 代 行 者	名称	該当に〇（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・介護医療院）
	住所	〒 電話番号

主 治 医	主治医の氏名	主治医または診療科名	医療機関名	〇△病院
	所在地	〒 ××市×丁目×番地 電話番号		

第二号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

特定疾病名	
-------	--

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、及び主治医意見書を、標茶町から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若しくは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することに同意します。

本人氏名	標茶太郎
代筆者氏名	標茶花子