

# 介護保険要介護認定・要支援認定申請書

## 「記入例」

貝塚市長様  
次のとおり申請

(新規・**更新**)

申請年月日 年 月 日

申請者氏名 **この申請用紙を記入するかたの氏名、被保険者との関係、住所、電話番号を記入する。** 貝塚 化子 本人との関係 **子**

提出代行者 **該当に○(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・地域包括支援センター・介護医療院)**  
**上記( )内の事業所のみ記入。本人または家族が記入する場合、この欄は空白にする。**

申請者住所 〒 597-8585 電話番号 ( 072 ) 433-0000  
貝塚市島中1丁目17番1号

**介護保険被保険者証に記載されている被保険者番号を記入する。** ※申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号の記載は不要

介護保険被保険者番号 0 0 0 0 0 0 1 2 **市から送付された個人番号(マイナンバー)を記入する。**  
個人番号 1 2 3 4 5 6 1 1 3 4 5 6

フリガナ **カイツカ タロウ**  
氏名 **貝塚 太郎** 生年月日 明・大 **昭** 15年12月 25日  
**対象者の氏名、生年月日、性別、年齢、住所を記入する。** 性別 **男** 女 ( 〇〇歳)

住所 〒 597-0000 電話番号 ( 072 ) 433-0000  
貝塚市島中1丁目18番1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 **2** 3 4 5 要支援状態区分 1 2  
有効期間 〇〇年〇〇月〇〇日 から〇〇年〇〇月〇〇日 まで  
転居(市町村)名 [ ]  
※14日以内に他市町村から転入した場合は、転入した市町村を記入してください。  
「はい」の場合、申請日 年 月 日

支援からの区分変更申請は、その理由

過去6月間の介護保険施設・医療機関等への入院又は入所の有無 **有**  
介護保険施設の名称等 期間 年 月 日～ 年 月 日  
医療機関の名称等 **かいづか福祉〇〇病院** 期間 〇〇年〇月〇日～ 年 月 日  
その他施設(居住地)の名称等 期間 年 月 日～ 年 月 日  
**過去6カ月以内に病院や施設に入っていた場合は名称と期間、住所を記入する。無ければ「無」に○をつける。**

主治医 (意見書依頼医師) 主治医の氏名 **大阪 一郎** 医療機関名 **かいづか福祉〇〇病院**  
所在地 〒 597-0072 電話番号 ( 〇〇〇〇〇〇 )  
貝塚市島中1丁目18番1号 **主治医意見書を記入してもらう医療機関と医師名、その住所等を記入する。**

医療保険 保険者名 保険者番号  
被保険者証 記号 **医療保険被保険者証に記載されている医療保険者名、医療保険者番号、記号と番号を記入する。**

特定疾病名 **<40歳以上65歳未満のかた(2号被保険者)>**  
**介護保険で定める特定疾病名を記入する。**  
**★40歳～64歳は申請時に、必ず医療保険被保険者証原本を必ず持参する。**

被保険者本人氏名 **貝塚 太郎**

担当のケアマネジャーや主治医に認定情報等を伝えて良いかの同意欄です。よろしければ被保険者の氏名を記入する。同意しない場合は、空白にする。

発行 収