

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

(新規・更新)

申請年月日

年 月 日

次のとおり申請します。

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。

申請者氏名

貝塚 花子

本人との関係

子

提出代行者名称

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・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

〒 597-0072

電話番号 (072) 433 - 〇〇〇〇

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。

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 7 8 9 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇

フリガナ

カイツカ タロウ

生年月日

昭和 15年12月 25日

氏 名

貝塚 太郎

男 ・ 女

(〇 歳)

住 所

対象者の氏名、生年月日、性別、年齢、住所を記入する。

3 - 〇〇〇〇

貝塚市畠中1丁目17番1号

保

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※14日以内に他自治体
から転入した者のみ
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

年

月

日

から

年

月

日

転出元自治体

現在、

(既に

介護保険被保険者証に記載されている介護区
分と有効期間を記入する。

ださい。)

はい ・ いいえ

「はい」の場合、申請日

年

月

日

険

支援からの区分変更申
請は、その理由

者

過去6月間の介
護保険施設・医
療機関等入院入
所の有無

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

有 ・ 無

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

貝塚市畠中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。

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

医療保険者名

医 療 保 険

特定疾病名

<40歳以上65歳未満のかた(2号被保険者)>

医療保険の資格情報に記載されている医療保険者名、医療保険の記号と番号を記入する。
介護保険で定める特定疾病名を記入する。★40歳～64歳のかたは、申請時に本人の医療保険への加入を確認できるもの(資格情報
のお知らせ等)を必ず持参する。※介護サービス計画の
調査内容、介護認定審
判、介護支援事業者、居宅※また主治医から求めがあれば、要介護認定・要
支援認定結果及び介護サービス利用状況につ
いて、主治医に提示することに同意します。

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。再 回
発 行
・ 収