

介護保険 [要介護認定・要支援認定
新規 更新 区分変更・転入] 申請書

①申請の区分記入欄です。「更新」に○をつけてください。

②申請書を提出する日をご記入ください。

佐倉市長 殿
次のとおり申請します。

③	介護保険 被保険者番号	0000111223	個人番号	123456789012
被 保 険 者	医療 保険	保険者名 佐倉市	保険者番号	12212
		被保険者 記号・番号	記号 倉	番号 123456
			枝番	7
		フリガナ サクラ ハナコ	生年月日 昭和10年5月3日	
④	氏 名	佐 倉 花 子	性 別	女
	住 所	〒285-0825 佐倉市江原台2-27 電話番号 043-485-6711		
	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 要支援2 有効期限 令和〇年〇月〇日 から 令和〇年〇月〇日 ※14日以内に 他自治体 から転入し た者のみ記 入 転入元自治体（市町村）名 [] 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「はいえ」を選択してください） はい・いいえ 「はい」の場合、申請日 年 月 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	介護保険施設等の名称等・所在地 〒285-0825 〇〇病院 佐倉市〇〇 △-△-△ 介護保険施設等の名称等・所在地 〒285-0825 特別養護老人ホーム〇〇 佐倉市□□ ▽-▽-▽ 介護保険施設等の名称等・所在地 〒 期間 〇年 〇月 〇日 ~ 〇年 〇月 〇日 期間 〇年 〇月 〇日 ~ 〇年 〇月 〇日 期間 年 月 日 ~ 年 月 日 期間 年 月 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			

③認定を受ける方（被保険者本人）に関しての各項目をご記入ください。
○被保険者番号…介護保険の被保険者番号です。
※ご不明の場合、記入不要です。
○個人番号…マイナンバーカードに記載されている12桁の番号です。
※ご不明の場合、記入不要です。
○医療保険…「資格確認書」又は「資格情報のお知らせ」に記載されています。
※40～64歳の方はコピーを添付の上、できる限りご記入ください。
※65歳以上の方は、医療保険の欄をお書きいただかなくても提出できます。

④認定を受ける方（被保険者本人）に関しての各項目をご記入ください。

⑤認定を受ける方（被保険者本人）に代わってケアマネジャー等が申請される場合
にご記入ください。ご本人又はご家族が申請される場合は記入不要です。

⑥かかりつけの医師の氏名・医療機関名等をご記入ください。複数の医療機関や診療
科に受診されている場合は、介護が必要になった主たる要因、又は、ご本人の状態
を日頃から最もよく把握していると思われる医師1名をご記入ください。
※介護保険認定に必要な意見書は通常の診断書とは内容が異なります。しばらく受診
されていない方は受診が必要となることがありますので、かかりつけの医師にご確
認ください。

⑦40歳～64歳までの方は、特定疾病名（16種の特定疾病に該当するかどうか医師
にご確認ください）のご記入をお願いします。

⑤

提出 代 行 者	名 称	〇〇地域包括支援センター	
	住 所	〒285-0013 佐倉市海隣寺町97 電話番号 043-484-1771	

⑥

主 治 医	主治医の氏名	介護 一郎	医療機関名	〇〇病院
	所 在 地	〒285-0843 佐倉市中志津2-32-4 電話番号 043-463-4181		

⑦

特定疾病名	初老期における認知症
-------	------------

※ 特定疾病名欄には、以下の疾病のいずれかをご記入ください。がん（医師が一般的に認められている医学的に
基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したもの）／関節リウマチ／筋萎縮性側索硬化症／後縦靭帯骨化症／
骨折を伴う骨粗鬆症／初老期における認知症／進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病／腎臓
小脳変性症／脊柱管狭窄症／早老症／多系統萎縮症／糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症／脳血管
疾患／閉塞性動脈硬化症／慢性閉塞性肺疾患／両側の膝関節又は両側の股関節に著しい変化を伴う変形性関節症