

介護保険 [要介護認定・要支援認定] 申請書
 新 ① 更新 区分変更・転入

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。

③

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

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。

⑤

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。

⑥

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。

⑦

⑧ご本人に不利益となることはありませんが、個人情報のため、同意を確認させていただいております。同意をいただける場合には、本人氏名の欄に、ご記入をお願いします。

⑧

介護保険 被保険者番号 0000111223												個人番号 123456789012											
医療保険 保険者名 佐倉市						保険者番号 12212						医療保険 被保険者 記号・番号 倉 123456 7											
氏名 佐倉 花子						生年月日 昭和10年5月3日						性別 女											
住所 〒285-0825 佐倉市江原台2-27												電話番号 043-485-6711											
要介護・要支援更新認定の場合のみ記入 要介護・要支援状態区分 要支援2												有効期限 令和○年○月○日 から 令和○年○月○日											
認定の結果等 ※14日以内に転出元自治体から転入した者のみ記入 転出元自治体(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」を選択してください)												「はい」の場合、申請日 年 月 日											
過去6ヶ月間の介護保険受給状況 特別養護老人ホーム○ 佐倉市□□ ▽-▽-▽												期間 ○年○月○日 ~ ○年○月○日											
介護施設等への入居、入居の有無 介護施設等への入居状況 下												期間 年 月 日 ~ 年 月 日											
○ 無												期間 年 月 日 ~ 年 月 日											

名称 ○○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																							

主治医 氏名 介護 一郎						医療機関名 ○○病院																	
所在地 〒285-0843 佐倉市中志津2-32-4												電話番号 043-463-4181											

特定疾病名 初老期における認知症											
---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

本人氏名 佐倉 花子											
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--