

介護保険 [要介護認定・要支援認定] 申請書

① 新規 [更新・区分変更・転入]

①申請の区分記入欄です。「新規」に○をつけてください。

② 申請年月日 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

②申請書を提出する日をご記入ください。

③

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
	被保険者 記号・番号 倉	番号	123456
		枝番	7

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

フリガナ	サクラ ハナコ	生年月日	昭和10年5月3日
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 有効期間	から
○・ 其	※14日以内に 他自治体 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ヶ月の 介護保険受給 状況（介護保険 受給者への 入居、入居の 有無）	介護保険受給等の有無等・所在地 〒285-0825 特別養護老人ホーム〇〇 佐倉市□□▽▽▽▽	期間	〇年〇月〇日～〇年〇月〇日
	介護保険受給等の有無等・所在地 〒	期間	年 月 日～年 月 日
	介護保険受給等の有無等・所在地 〒285-0825 〇〇病院 佐倉市〇〇△-△-△	期間	〇年〇月〇日～〇年〇月〇日
	介護保険受給等の有無等・所在地 〒	期間	年 月 日～年 月 日

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。

新規の場合、「要介護状態区分」と「有効期間」の部分は記入不要です。

⑤

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

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

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		

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。

⑦

特定疾病名	初老期における認知症
-------	------------

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。

⑧ (本人氏名) 佐倉 花子

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。