

申請書記入例

被保険者（介護保険を受ける方）の

- ・ 被保険者番号
- ・ 医療保険情報
- ・ 氏名・生年月日
- ・ 性別・住所
- ・ 電話番号

を記入してください。

被保険者（介護保険を受ける方）が、

申請日の6か月前までの間に、

- ・ 介護保険施設への入所
- ・ 医療機関への入院

をしていた場合、記入してください。

介護保険		要介護認定・要支援認定		申請書	
		要介護更新認定・要支援更新認定			
守谷市長 宛て 次のとおり申請します。		申請年月日 ○年 ○月 ○日			
介護保険 被保険者番号	0000000000	個人番号	0000000000000000		
医療保険 被保険者証	記号	番号	枝番		
フリガナ	モリヤ タロウ		生年月日	○年 ○月 ○日	
氏名	守谷 太郎		性別	男 ・ 女	
住所	〒 守谷市大柏 950-1		電話番号		
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		
	有効期限	年 月 日 から 年 月 日			
※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「いいえ」を選択してください) はい ・ いいえ		
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	介護保険施設の名称等・所在地	期間	年 月 日～ 年 月 日		
	介護保険施設の名称等・所在地	期間	年 月 日～ 年 月 日		
	医療機関等の名称等・所在地	期間	年 月 日～ 年 月 日		
	医療機関等の名称等・所在地	期間	年 月 日～ 年 月 日		
有 ・ 無					
提出 代 行 者	名 称	守谷 次郎			
	住 所	〒 守谷市大柏 950-1 電話番号			
主 治 医	主治医の氏名	○○ ○○	医療機関名	○○病院	
	所 在 地	〒 電話番号			
第二号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入					
特定疾病名					
○介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を守谷市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員等に提示することに同意します。					
○【更新申請の場合】申請から30日以内に認定がされない場合、現在の認定有効期間内であれば、認定延期通知を省略することに同意します。					
		本人氏名	守谷 太郎		

申請日を記入してください。

被保険者（介護保険を受ける方）のマイナンバーを記入してください。
※マイナンバーが分からない場合は、守谷市にご相談ください。

ご家族様等が代行で申請する場合は、代行者について記入してください。

主治医の先生の名前と病院名を記入してください。

被保険者（介護保険を受ける方）の名前を記入してください。