

# 申請書記入例

様式第15号の1(第14条関係)  
介護保険 [ 要介護認定・要支援認定  
要介護更新認定・要支援更新認定 ] 申請書

守谷市長 宛て  
次のとおり申請します。 申請年月日 令和〇〇年〇月〇日

介護保険 被保険者番号	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3
医療保険 被保険者 記号・番号	記号 〇〇〇〇 番号 1 2 3	保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9
フリガナ	モリヤ タロウ	生年月日	昭和〇〇年 〇月 〇日
氏名	守谷 太郎	性別	男 ・ 女
住所	〒123-4567 守谷市〇〇123-456 電話番号0297-00-0000		
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 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」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 期間 年 月 日～年 月 日 介護保険施設等の名称等・所在地 期間 年 月 日～年 月 日 医療機関等の名称等・所在地 〇〇病院 〇〇市〇〇123 期間 年 月 日～年 月 日 有 ・ 無 医療機関等の名称等・所在地 期間 年 月 日～年 月 日		
提出代行者	該当に〇(地域包括支援センター・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・介護医療院) 名称 守谷 花子 住所 〒123-4567 守谷市〇〇123-456 電話番号080-0000-0000		
主治医	主治医の氏名 〇〇 〇〇 医療機関名 〇〇病院 所在地 〒123-4567 〇〇病院 〇〇市〇〇123 電話番号0000-00-0000		
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		

〇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、主治医意見書、守谷市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に表示する(地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。)ことに同意します。  
〇【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

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。

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。

40歳から64歳までの方は記入してください。

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。