

記入例

介護保険（要介護認定・要介護更新認定）
要支援認定・要支援更新認定 申請書

申請区分に○をつけてください

加入している医療保険情報を記入

みどり市長 様
次のとおり申請 年 月 日

介護保険証の番号を
書いてください

マイナンバーを
書いてください

区 分
新規 ・ 更新

介護保険 被保険者番号	0000	個人番号	
医療保険 被保険者名	みどり市	被保険者番号	100123
被保険者証	記号 みどり	番号	12345678 枝番 123
フリガナ	ミドリ タロウ		
氏 名	みどり 太郎		生年月日 明・大・昭 ●年 ▲月 ■日
			性 別 (男) ・ 女
住 所	〒379-2395 群馬県 みどり市 笠懸町 鹿 2952番地 電話番号：0277-76-0974		
前回の要介護 認定の結果等	要介護状態区分	1 (2) 3 4 5	要支援状態区分 1 2
	有効期間	●●年 ▲月 ■日 から ●●年 ▲月 ■日 まで	
	転出元自治体（市町村）名	[]	
現在の状況	在宅	(1) 同居家族あり 2. ひとり暮らし 3. ()	
(該当箇所 に○をつけて ください)	入院	施設名	
	入 所	所在地	

家族の家などに
住んでいる場合も
記入してください

申出代行者 氏 名	みどり 花子	事業所名 又は続柄	妻
住 所 (所在地)	〒 -	電話番号	090-1234-5678

平日昼間につながりやすい電話番号

認定調査先 氏 名	1. 本人 2. 同居家族 3. その他 ※ 2、3の場合は下記に記入してください。
本人との関係	
住 所	〒 - 電話番号：

主治医 氏 名	医療機関名
所在地	〒 - 電話番号：

第2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	
-------	--

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成する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、及び主治医意見を、みどり市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、居宅サービス事業者若しくは介護保険施設の関係者、主治医意見を記載した医師又は認定調査に従事した調査員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、現在の認定の有効期間内であれば、認定延期通知の省略に同意します。

本人氏名	みどり 太郎	代筆者氏名	みどり 花子	続柄	妻
------	--------	-------	--------	----	---

(本人氏名及び代筆者氏名は直筆してください)

本人の氏名を書いてください。
代筆した場合は代筆した人の氏名と続柄を書いてください

主治医意見書があれば分かる範囲で