



で囲んだ箇所にご記入ください。

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							
いの町長様		※介護保険証を添えてご提出ください									
次のとおり申請します。		申請年月日		年 月 日							
被 保 険 者	被保険者番号					個人番号					
	医療保険者名					保険者番号					
	被保険者証	記号			番号			枝番			
	フリガナ	いの たろう				生年月日	明・大・昭		年	月	日
	氏名	伊野 太郎				性別	男		・	女	
	住所	〒781-2100 いの町〇〇〇〇番地 0				電話番号892-000					
	前回の介護認定の結果等	※更新の場合のみ記入	要介護状態区分 1 2 3 4 5		経過的要介護		要支援状態区分 1 2				
			有効期間		年 月 日から		年 月 日				
		※14日以内に 他自治体から 転入した場合 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。 はい・いいえ (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・ 医療機関等入院 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			
有・無	医療機関等の 名称等・所在地 〇〇病院				期間		〇 年 〇 月〇日 ~ 年 月 日				
提 出 代 行 者	名 称	該当に○(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・指定介護療養型医療施設・介護医療院)									
	住 所	〒 事業所が代行申請する場合のみご記入ください 電話番号 () -									
主 治 医	主治医の氏名	〇〇 一郎				医療機関名	〇〇 病院				
	所在地	〒				電話番号					
2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入											
医療保険者名						医療保険被保険者証記号番号					
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は必要があるときは、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、いの町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に提示することに同意します。											
氏名		(代筆者氏名：続柄) 伊野 花子(妻)									

調査を希望する曜日					家族立会の希望の有無	
月	火	水	木	金	有・無	
午前	午前	午前	午前	午前	立会希望者氏名：伊野 〇子 (長女)	
午後	午後	午後	午後	午後	平日昼間に連絡のつく番号をご記入ください Tel090-0000-0000	
送 付 先		〒 住所地以外に保険証を送付する場合、ご記入ください (住民票住所と相違する場合記入してください) 電話番号				