記入例

※赤文字を参考にご記入のうえ、介護保険証を添えてご提出ください。
 なお、消せるボールペンは使用しないでください。

様式第5号(第8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	
いの町長様 次のおり申請します。					
				申請年月日 令和〇年〇月〇日	
被保険者番号		0000012345		個人番号	
医療 保険	保険者名		保険者番号		
	被保険者証	記号	番号	枝番	
被 保 者	フリガナ	イノ タロウ		生年月日	明・大・昭 〇年〇月〇日
	氏名	伊野 太郎		性別	男・女
保 険 者	住所		〒781-2100 いの町〇〇〇〇番地 電話番号 893-0000		
	前回の介護認定結果	※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
者	有効期間		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		特別養護老人ホーム 〇〇荘 期間 〇年〇月〇日～〇年〇月〇日		
	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 現在まで		
提出代行者 名	談当に〇(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・ 指定介護療養型医療施設・介護医療院) 介護事業所が代行申請する場合のみご記入ください。				
住	住所 電話番号 () -				
主治医	主治医の氏名	〇〇 一郎 医師		医療機関名	〇〇病院
	所在地	〒いの町〇〇〇〇番地〇〇 電話番号 892-0000			
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。					
本人氏名		伊野 太郎 (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 花子
午後	午後	午後	午後	午後	Tel 893-0000
送付先	〒000-0000 東京都〇〇区〇〇町〇丁目〇〇番地〇 伊野 一男(長男) (住民票住所と相違する場合記入してください) 電話番号 03-000-0000				
受付者					

個人番号は未記入でも申請可能です。

後期高齢者医療保険被保険者証をお持ちの方は、記号欄に被保険者番号をご記入ください。

介護認定調査について、立ち合いをご希望かつ、希望する日程がある場合にご記入ください。