

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 次のとおり申請します。		申請年月日		令和〇年〇月〇日	
被保険者番号		0 0 0 0 0 1 2 3 4 5		個人番号	
医療 保険	保険者名	フリガナ		イノ タロウ	
	被保険者 記号・番号	記号	番号	枝番	
被 保 者	氏名	伊野 太郎		生年月日	明・大・昭 〇年〇月〇日
	住所	〒781-2110 いの町〇〇〇〇番地〇〇		性別	男・女
險 者	前回の 介護の 認定結 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	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			
有・無	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 ~ 〇年〇月〇日	
提出代行者 名 住	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・指定介護療養施設)のみご記入ください。 介護事業所が代行申請する場合のみご記入ください。				
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	〒 いの町〇〇番地〇〇		電話番号	893-XXXX
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、いの町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、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、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提示する(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。					
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	有 無
午後	午後	午後	午後	午後	有 無
立会希望者氏名：伊野 花子					Tel 080-0000-0000
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 090-0000-0000				
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。