

介護保険
要介護認定・要支援認定
(☐新規・☐更新・☐区分変更) 申請書

記入例

※該当する申請区分に☑を記入してください。
※区分変更申請の場合は区分変更申請理由書を添付してください。

島本町長 様
次のとおり申請します。

		申請年月日		年 月 日			
被保険者番号		0000099999		個人番号		0000 0000 0000	
医療 保 険	保険者名	島本町		保険者番号		270512	
	被保険者 記号・番号	記号	島国	番号	111111	枝番	
フリガナ		シマト タロウ		生年月日		令和〇 年 〇 月 〇 日	
氏 名		島本 太郎		性 別			
被 保 険 者	住 所	〒 618-8570 大阪府三島郡島本町桜井二丁目1番1号 電話番号 075-961-5151					
	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 〇 有効期間 〇 年 〇月 〇日 から × 年 ×月 ×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。 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 入所の有無		名称等・所在地	期間		年 月 日 ~ 年 月 日		
		名称等・所在地	現在~半年の間に、病院・施設に入院・入所されたことがあれば、 「有」に○をつけ、施設名称と入院入所の期間をご記入ください		年 月 日		
		名称等・所在地	※施設の種類にかかわらず、入所(入居)施設を記載してください		年 月 日		
(有) ・ 無		名称等・所在地	〇〇病院		期間 年 月 日 ~ 年 月 日		
申請者氏名		島本 太郎		本人と の関係	本人		
申請者住所		〒 同上		電話番号			
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・介護医療院） 居宅介護支援事業者等が申請代行する場合のみご記入ください					
主治医	主治医の氏名	水無瀬 花子		医療機関名	○△□病院		
	所在地	〒 618-0022 大阪府三島郡島本町桜井三丁目4番1号 かかりつけ医・担当医の氏名・病院名等をご記入ください					
第2号被保険者（40歳から64歳）		第2号被保険者の氏名・住所等をご記入ください					
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・要支援認定に係る調査内容、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島本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
署名してください