

【 要介護認定・要支援認定等 】 申請書

申請日 令和8年 4月 1日

記入例（代行者）

新規・更新・変更のいずれかにチェック

「変更」の場合は理由が必要です。

のとおりに申請します。

新規 更新 変更 [変更申請の理由：]

申請者	フリガナ	キョタクカイゴシエンジギョウシヨ チガサキ	被保険者との関係
	氏名 (代行業者名)	居宅介護支援事業所 茅ヶ崎	親族()ほか()
	住所 (所在地)	茅ヶ崎市神奈川1丁目1番1号	

事業所名をご記入ください。
介護保険法で申請が可能とされている代行者のみ受付
できます。
ケアマネジャーの個人名では受付できません。

■訪問調査の日程調整等をさせていただく方について記入してください。

フリガナ	カナガワ ハナコ	被保険者
連絡者氏名	神奈川 花子	日中連絡がつきやすい電話番号
		0467 (12) 345□

■要介護・要支援認定等を受けようとする方について記入してください。

被 保 険 者	介護保険被保険者番号	0 0 0 0 8 2 1 1 1 □	個人番号		
	医療 保 険	保険者名			
		被保険者 記号・番号	記号	番号	
		資格取得日	年 月 日		
	フリガナ	チガサキ タロウ	生年月日	年 齢	性 別
	氏 名	茅ヶ崎 太郎	大正 昭和 11年10月1日	89歳	男 女
	住 所	茅ヶ崎市茅ヶ崎1丁目1番1号		電話番号 0467 (82) 1111	
訪 問 先 が 自 宅 以 外 の 場 合	病院・施設 名、その他	入院(所)期間 年 月 日から 年 月 日			
	所 在 地	主治医がない場合は申請できません。 医師名はフルネーム又は名字+科名で記入してください。			
	前回の 認定結果等	要介護状態 有効期間	※眼科、耳鼻科、皮膚科は意見書作成を断られることが多いため、事前に医師にご確認ください。 ※歯科医師、接骨医は意見書を作成することができません。		

40歳～64歳までの方は、
個人番号又は医療保険のどちらかを記入してください。

■申請時点で被保険者の状態を把握している医師を

主 治 医	医療機関名	茅ヶ崎市立病院	フリガナ チガサキ ハジメ 医師名 茅ヶ崎 一 科 名 (整形外科)
	所在地	茅ヶ崎市本村5丁目15番1号	電話番号 0467 (52) 1111

■第2号被保険者[40歳～64歳医療保険加入者]の方のみ記入してください。(更新の際も記入が必要です。)

特定疾病名	40歳～64歳までの方は、特定疾病名 を記入してください。
-------	-------------------------------

■同意の確認

内容を被保険者にご確認いただき、被保険者本人の自署
をお願いします。自署が困難な場合は、被保険者本人の
同意を得た上で同意欄への記名をお願いします。

要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査
が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サー
得した心身の状況等の情報を、茅ヶ崎市から地域包括支
型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、
者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、
（地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う

主治医同意書に係る医師又は認定調査員、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 茅ヶ崎 太郎