

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。

【 要介護認定・要支援認定等 】 申請書

申請者 個人番号 入力

記入例（本人・親族）

申請日 令和4年 4月 1日

親族の場合は続柄を記入してください。

申請者	フリガナ	カナガワ ハナコ	被保険者との関係
	氏名	神奈川 花子	親族（長女）ほか（ ）
	代行業者名		包括・居宅・介護施設（ ）
	住所 所在地	茅ヶ崎市神奈川1丁目1番1号	電話番号 0467 (01) 234□

■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。（訪問時間：原則平日9時から16時）

フリガナ	カナガワ ハナコ	被保険者との関係	長女
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	000082111□	個人番号	12345678901□		
	医療保険	保険者名	医療保険証（健康保険証）に記載されている内容を記入してください。 ※第2号被保険者は必須			
		被保険者証 記号	番号			
		資格取得日	年 月 日	有効期限		
	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 22年10月 1日	71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				
前回の 認定結果等	要介護状態 有効期間	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。 ※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。				

■申請時点で被保険者の状態を把握し

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
	所在地	茅ヶ崎市本村5丁目15番1号	医師名	茅ヶ崎	一
			科名	内科	
			電話番号	()	

■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。

特定疾病名	40歳～64歳までの方は ・医療保険情報（被保険者欄） ・特定疾病名 の記入がないと受付できません。
-------	--

■同意の確認

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を、主治医（意見書作成医師）に提示することを被保険者として 同意する。 同意しない。
(代行申請の場合は、被保険者に確認し記入)

内容をご確認いただき、チェックをお願いします。