

記入例

介護保険要介護認定・要支援認定申請書

本人のマイナンバー(個人番号)を記入

刈谷市長 次のおり申請します。

申請年月日 令和

申請区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input checked="" type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 区分変更 <input type="checkbox"/> 要支援者の要介護新規申請																							
被保険者(サービスを受ける本人)	被保険者番号	0	0	0	0	0	8	8	8	8	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1		
	医療保険	保険者名	刈谷市・愛知県後期高齢者医療広域連合など										保険者番号	39234000										
		被保険者	記号						番号	12345678					枝番									
		フリガナ	チョウジュ タロウ										生年月日	明大					性	男				
		氏名	長寿太郎										電話番号(0566)	62										
		住所	刈谷市〇〇町1-1 刈谷住宅101号																					
		前回要介護認定結果等	非該当・要支援(2)・要介護()										有効期間	令和7年4月15日から 令和8年4月30日まで										
		他自治体から転入した場合	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																					
		申請の理由	【新規・変更の場合】心身の状況の変化などを記入してください(病名、歩行状態、食事、排泄、認知面など)																					
		現在入院・入所中の場合(短期入所は除く)	医療機関・施設名	刈谷長寿病院										入院・入所日	令和7年12月20日 1棟5階501号室									
		所在地	刈谷市〇〇町〇丁目〇〇番地										退院・退所予定	無有(3月20日)										
主治医	医療機関名	<input checked="" type="checkbox"/> 入院先と同じ					主治医名	フルネームでお願いします 高野 一郎					最終受診日	月 日										
	所在地	刈谷市〇〇町〇丁目〇〇番地										電話番号(0566)	〇〇 - 〇〇〇〇											

後期高齢者医療保険の場合、記号と枝番はありません。

第2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入してください。

特定疾病名																				
申請者	フリガナ	チョウジュ ハナコ										関係	長男の妻							
	氏名	長寿花子										所在地	<input checked="" type="checkbox"/> 本人と同じ							
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 本人と同じ																		
提出代行者	地域包括支援センター・居宅サービスセンター・介護老人保健施設・介護医療院 事業者() 電話番号() 担当者氏名()																			

65歳未満の方のみ特定疾病名を記入 例:脳血管疾患

家族が代理する場合は、その家族の氏名等を記入

情報提供の同意欄

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営及び高齢者福祉事業の実施のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書、市が提供を受けた介護サービス計画及び介護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市から地域包括支援センター、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・日常生活支援総合事業を行う者、主治医等が実施した調査員又は当該事業の関係機関に提示すること(地域支援事業として介護情報基盤経由で電子で行う場合又は市と介護保険事業者間の情報共有システムで電子的に行う場合を含む。)に同意します。

本人氏名 長寿太郎 (代筆者氏名 長寿花子 本人との関係 長男の妻)

更新申請の場合 申請から30日以内に認定がされない場合、現在の認定有効期間内であれば認定延期通知の省略に同意します。(同意します・同意しません)

【 ※裏面も必ずご記入ください 】

