

記入例

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
要介護認定・要支援認定区分変更 申請書

加入する医療保険を記入してください

申請します。

申請年月日 令和〇〇年 〇〇月 〇〇日

被 保 険 者	保険者番号	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6	個人番号	9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 9 8				
	医療 保 険	保険者名	多良木町国民健康保険		保険者番号	4 3 1 1 6 3		
		被保険者証	記号	多良木	番号	1 2 3 4 5 6	枝番	0 3
	フリガナ	タラギ タロウ			生年月日	明・大・昭 23年	4月	〇日
	氏名	多良木 太郎			性別	男	・	女
	住所	〒 868-0501 熊本県球磨郡多良木町多良木〇〇〇番地			電話番号	0966-42-△△△△		
	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	要介護状態区分	1 2 3 4 5	要支援状態区分	1 2		
			有効期限	年 月 日から	年 月 日			
		※14日以内 に他自治体 から持込 た場合 記入	転出元自治体（市町村）名〔	〕				
	変更申請の理由	区分変更申請の場合は、変更申請するに至った理由を明確に記入してください						
過去6月間の 介護保険施設 医療機関等 入院、入所の 有無	介護保険施設の名称等・所在地	〇〇病院		期間	〇年 〇月 〇日	～	〇年 〇月 〇日	
	介護保険施設の名称等・所在地	医療機関へ入院中の場合は、入院の見込み期間を記入してください						
	介護保険施設の名称等・所在地							
	介護保険施設の名称等・所在地							
有 ・ 無	代行申請の場合は代行者の氏名・住所・被保険者との関係を記入してください							

申請者	多良木 次郎	被保険者との関係	長男
-----	--------	----------	----

申請者住所	〒 868-0502 熊本県多良木町黒肥地△△△番地	電話番号	090 (9999) 9999
-------	-------------------------------	------	-----------------

提出代行者	記入のあった主治医あてに町から意見書の作成を依頼します		
-------	-----------------------------	--	--

主治医	主治医の氏名	〇〇 〇〇	医療機関名	〇〇病院
	所在地	〒 868-XXXX 熊本県△△町□□□ XXXX 番地 X 電話番号		

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

特定疾病名	
-------	--

原則、被保険者本人の署名です。心身の状況により自署できない場合は、本人の介護者である親族又はそれに準じる方が代筆してください。本人の介護者である親族等以外の方が代筆する場合でも、本人との意思の合意を明確にしたうえで代筆してください。

40歳から64歳の方は特定疾病により介護や支援が必要となったときに申請ができます。該当する疾病名をご記入ください

本人氏名 多良木 太郎
代筆者氏名 多良木 次郎