

【 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

申請書

川崎町長 様

次のとおり申請します。

申請年月日

令和〇〇年〇〇月〇〇日

介護保険 被保険者番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	個人番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0				
医療 保険	保険者名	〇〇〇〇〇〇		保険者番号	〇〇〇〇〇〇		
	被保険者証	記号	〇〇〇	番号	〇〇〇	枝番	〇〇
被 保 者	フリガナ	カサキ タロウ		生年月日	明・大・昭 〇〇年〇〇月〇〇日		
	氏 名	川崎 太郎		性 別	男	女	
	住 所	〒989-1501 川崎町大字前川字裏丁175-1		電話番号	0224-84-2111		
保 険	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 平成・令和〇〇年〇〇月〇〇日から令和〇〇年〇〇月〇〇日		
		※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。 （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 ・ いいえ		
	過去6月間の 介護保険施設、 医療機関等への 入院、入所の 有無	介護保険施設等の名称等・所在地		期間	年	月	日
有 ・ 無	過去半年以内に入院や入所していた 場合、施設名と期間を書いてください		期間	年	月	日	～ 年 月 日
	医療機関等の名称等・所在地		〇〇〇病院	期間	RO年	〇〇月	〇〇日～

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） 川崎 花子（同居の娘）	
	住 所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 同上	ご家族等が代理で 申請される場合、 お名前とご関係、 連絡先を記入して ください

主 治 医	主治医の氏名	川崎 一郎	医療機関名	川崎クリニック
	所 在 地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 川崎町大字〇〇	電話番号	

第二号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ

特定疾病名	
-------	--

受給者の方がかかっている病院の情報と主治医の名前を
書いてください
（医療機関等に証明してもらうものではありません）

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・要支援認定にかかる調査内容、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川崎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 川崎 太郎