

【記入例】

表

介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書 要介護更新認定・要支援更新認定

長浜市長 あて
次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被保険者番号		1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	個人番号		1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
医療 保 険	保険者名	長浜市										保険者番号		250035											
	被保険者証	記号	滋長										番号	12345678										枝番	
フリガナ		-----																							
氏名		長浜太郎										生年月日		明・大・昭		年		月		日		(歳)			
		性別		男・女																					
住所		〒526-0031 長浜市八幡東町632番地										電話番号 (0749) 〇〇 - 〇〇〇〇													
被 保 険 者	前回要介護 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											
		有効期間		年 月 日 から										年 月 日 まで											
	*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 「はい」の場合、申請日 年 月 日																						
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										期間		年 月 日～		年 月 日									
		介護保険施設の名称等・所在地										期間		年 月 日～		年 月 日									
		医療機関等の名称等・所在地										期間		年 月 日～		年 月 日									
		医療機関等の名称等・所在地										期間		年 月 日～		年 月 日									
有 ・ 無																									
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 ・指定介護療養型医療施設、介護医療院) 〇〇〇〇〇居宅介護支援事業所																							
	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 長浜市〇〇町〇〇番地										電話番号 (〇〇〇〇) 〇〇 - 〇〇〇〇													
主 治 医	主治医の氏名	〇〇 〇〇										医療機関名		〇〇医院											
	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 長浜市〇〇町〇〇番地										電話番号 〇〇 - 〇〇〇〇													
第二号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入																									
特定疾病名																									

医療保険者名、記号
番号をご記入くださ
い。

6か月以内に介護保
険施設(特別養護老
人ホーム・介護老人
保健施設等)に入所
または医療機関に入
院した期間があれば
ご記入ください。

事業所等が代行申請
される場合は、名称
と住所をご記入くだ
さい。

申請者の現在の状況
を一番ご存知の主治
医を1名と医療機関
をご記入ください。

64歳以下の方につ
いては、特定疾病名
をご記入ください。

