

【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												生年月日		明・大・昭 年 月 日 (歳)													
氏 名		長浜太郎										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																							
	過去6月間の 介護保険施設 ・医療機関等 入院入所の 有無	*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																							
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															
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)																									
	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。

裏

ご家族様が申請される場合は、こちらにご記入ください。

認定調査について事前にご連絡させていただく場合がございますので、ご家族様の連絡先をご記入ください。また、調査時の立会、介護者のみの聞取り希望の有無を☒してください。

現在利用されている
介護サービスがある
場合、担当ケアマネ
ジャー様の事業所名、
担当者名をご記入い
ただき、該当する
サービスに☒をつけ
てください。

現在、被保険者の方が主に生活されている所をご記入ください。又、病院・施設等に入院（所）中の方は、病院等の名称、入院（所）日等もご記入ください。

ご希望される調査場所に☒をつけてください。なお、その他に☒された場合は、住所（場所）をご記入ください。

個人情報に関する内容をご確認いただき、同意していただける場合はご署名ください。代筆された場合は、代筆者のご署名をお願いします。

・地域包括支援センターの事業を実施するために必要があるときは、被保険者の氏名、住所、生年月日、性別、連絡先及び認定結果情報等を、長浜市から地域包括支援センターに情報提供することに同意します。

ここからは記入していただく必要はありません。

省略