

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

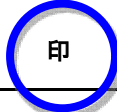
申請書

秩父市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 〇〇 年 〇 月 〇 日

被 保 険 者	被保険者番号	9 9 9 9 9	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
	フリガナ	チヂブ タロウ	生年月日	明・大(昭) 10年 10月 10日
	氏名	秩父 太郎	性別	(男) ・ 女
	住所	〒 368-9999 秩父市〇〇〇123番地	電話番号 ()	25 - 5205
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	有効期間 □□年 □月 □日 から □□年 □月 □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 「はい」の場合、申請日 令和 年 月 日		
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	介護保険施設の名称・所在地	期間	年 月 日～	年 月
	医療機関等の名称・所在地	この欄は、申請日からさかのぼって6か月の間で入院・入所していたことがある場合に記入してください。		
有・無	医療機関等の名称・所在地	期間	年 月 日～	年 月

提出 代 行 者	名称	該当に○(家族・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) (窓口に来る方) 秩父 花子※代理の方が申請する場合は印鑑が必要です 
	住所	〒 368-0000 秩父市△△△456番地 電話番号 () 26-9999

主治医	主治医の氏名	●山 ●夫 先生	医療機関名	××× 総合病院
	所在地	〒 360-xxxx 熊谷市□□□901番地	電話番号 (048)	541-1111

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

医療保険者名	医療保険被保険者証
特定疾病名	この欄は、40歳から64歳までの方が申請するときに、医療保険とご本人様の疾病名について記入してください。

※本人氏名を代筆した場合、代筆した方の氏名も必ず記入してください。

本人氏名

秩父 太郎

代筆

秩父 花子