

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

岸和田市長 様
次のとおり申請します。

(40~64歳で新規申請の方は、被保険者証の交付申請
があったものとみなします。)

新規 更新

介護保険 被保険者番号	0000123456	申請年月日	令和 年 月 日
個人番号		生年月日	明治 大正 昭和 〇年 〇月 〇日
フリガナ	キシワダ ハナコ		
氏名	岸和田 花子	性別	男 ・ 女
住所	岸和田市△△町〇-〇 電話番号 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇		
医療保険	保険者名	<input checked="" type="checkbox"/> 大阪府後期高齢者医療広域連合 <input type="checkbox"/> 岸和田市(国保) <input type="checkbox"/> その他()	保険者 番号 39272026
	被保険者証	記号	番号 〇〇〇〇〇〇〇〇〇 枝番
前回の要介護 認定の結果等 (更新申請の場合 のみ記入)	医療保険被保険者証に記載されている、 医療保険番号等を記入してください。		
	有効期間	年 月 日 ~	年 月 日
過去6箇月間の 介護保険施設・ 医療機関等入院 入所の有無 (有・無)	入所・入院施設の名称・所在地	期	RO年 〇月 〇日 ~
	△△病院	間	RO年 〇月 〇日 年 月 日 ~ 年 月 日

被保険者証を必ずご持参ください。

更新の場合は、記入してください。

代理で申請される方は記入してください。

提出代行者	氏名 又は 名称	岸和田 太郎	該当を〇で囲んでください。 地域包括支援センター・指定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 指定介護療養型医療施設・地域密着型介護老人福祉施設 その他(長男)
	住所 又は 所在地	岸和田市△△町〇-〇	電話番号 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇

主治医	氏名	△△先生	医療機関名	△△病院
	所在地	岸和田市△△町〇-〇 電話番号 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇		

※1ヶ月以内に主治医の診察を受けましたか はい いいえ
(「いいえ」の場合の、次回の受診予定日: RO年 〇月 〇日)

健康保険証を必ずご持参ください。

※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	40歳から64歳までの方は該当する特定疾病名を記入してください。 申請の際、必ず健康保険証をご持参ください。
-------	---

市記載欄

被保険者氏名	岸和田 花子 (印)
(自署の場合、押印省略可)	
介護サービス計画作成等に必要な情報や認定結果を ケアマネジャー・主治医に提示するためには、 署名又は記名押印が必要です。	理 欄 資格者証 審査会 調査員
<input type="checkbox"/> 未回収 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 無	