

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

静岡県賀茂郡松崎町長 様

介護保険証に記載の 10 桁の番号

次のとおり申請します。

申請年月日

令和〇年 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 0	個人番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0					
医療 保険	保険者名	静岡県後期高齢者医療広域連合		保険者番号	39223052			
	被保険者証	記号		番号	000000		枝番	
フリガナ		マツザキ タロウ		生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日			
氏名		松崎 太郎		性別	男 ・ 女			
住所		〒410-3696 静岡県賀茂郡松崎町宮内〇〇番地の〇〇 電話番号 0000-00-0000						
被 保 険 者	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 令和 年 月 日 から 令和 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 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	介護保険施設等の名称等・所在地	〒		期間	年 月 日 ～ 年 月 日			
	介護保険施設等の名称等・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	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・介護医療院）	
	住 所	〒	ケアマネージャーや施設が代行申請する場合に記入 電話番号

主 治 医	主治医の氏名	〇〇 〇〇	医療機関名	〇〇〇〇病院
	所 在 地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 静岡県賀茂郡松崎町〇-〇-〇 電話番号 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇		

《申請書記入例》

《申請に必要なもの》

- ①申請書
- ②介護保険被保険者証(原本)
- ③資格者証等、医療保険の加入が確認できるもの
- ④主治医意見書作成のための問診票
- ⑤介護保険認定調査場所・連絡先記入票
- ※③は2号被保険者(40～64歳の方)のみ
- ※④は介護保険施設、医療機関への入所、入院中の方は不要

後期高齢者医療保険の場合、記号・枝番は記入不要。国民健康保険、社会保険は 保険者名・保険者番号・記号・番号・枝番を記入。
※枝番がない場合は記入不要。

施設、病院など本人が住民票と異なる場所にいる場合、実際に生活している場所を記入。退院、退所日不明の場合は「未定」と記入。
※在宅の方は記入不要

現在の本人の心身状況を把握している 医師名(1名フルネーム)
病院名・住所・電話番号を記入。
※1ヶ月以上受診していない場合は意見書を記入してもらえるか、
事前に主治医 にご確認ください。

ケアマネージャー等への情報提供に関する同意欄。介護認定で得た資料をケアプラン作成等に使用することに同意する場合は本人氏名を署名。
代筆の場合は、本人氏名の下に代筆者の氏名・本人との関係を記入

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 歳の方は特定疾病名を主治医に確認して記入
-----------	--------------------------------

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、主治医意見書、松崎町が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、松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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する（地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。）ことに同意します。

本人氏名 松崎 太郎

代筆 松崎 花子(長女)