

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  
要介護変更認定・要支援変更認定 【GH、小規模多機能、特定施設等】  
申請書

嘉麻市長 様

介護被保険者証や医療保険証等に記載されている事項を記入してください。

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 〇 年 〇 月 〇 日

介護保険被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	個人番号	0 0 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
医療保険	保険者名 福岡県後期	保険者番号	39402276
	被保険者証 記号 番号	12345678	枝番
フリガナ	カ マ タ ロ ウ	生年月日	大・昭 〇 年 〇 月 〇 日
氏名	嘉麻 太郎	性別	男 ・ 女
住所	〒 820-0292 嘉麻市岩崎1180番地1 電話番号 0948-42-7431		
被保険者	要介護状態区分	要介護〇	
	有効期間	令和 〇 年 〇 月 〇 日 から 令和 〇 年 〇 月 〇 日	
前回の要介護認定の結果等	※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〔 14日以内に他自治体からの転入があれば記入してください。 〕 現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか はい ・ いいえ （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」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	△△△△ 嘉麻市△△△567番地8	期間 〇年 〇月 〇日～ 〇年 〇月 〇日
	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	□□□病院 嘉麻市〇〇〇567番地8	期間 〇年 〇月 〇日～ 〇年 〇月 〇日
有・無	医療機関等の名称等・所在地 入院入所が「有」の場合は、「施設等名称」、「所在地」及び「期間」を記入してください。		

申請者（提出代行者）について記入してください。	嘉麻 太郎	被保険者との関係	本人
申請者住所	〒 820-0292 嘉麻市岩崎1180番地1 電話番号 0948-42-7431		
提出代行者	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） 事業所名		

主治医	(フリガナ) 医師の氏名	(イシ タロウ) 医師 太郎	医療機関名	□□□病院
受診日	〇/〇	所在地	〒 820-5678 嘉麻市〇〇〇567番地8 電話番号 0948-□□-□□□□	

2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入 ※医療保険証の写しを添付して下さい。

特定疾病名	2号被保険者（40～64歳）の場合は、介護保険法における16の特定疾病病名を記入し、申請時には必ず医療保険者証の写しを添付してください。
-------	--

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、及び主治医意見書を、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、介護保険施設、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。

（更新申請の場合のみ）申請から30日以内に認定がされない場合、現在の認定の有効期間内であれば、認定延期通知の省略に同意します。

上記の記載事項に同意する場合は、忘れずに記入してください。

本人氏名

嘉麻 太郎

代筆者氏名

介護 一郎