

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

記入例

彦根市長 様  
次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号	1 0 0 0 1 2 3 4 5 6	個人番号																		
	医療 保険	保険者名	●●保険組合		保険者番号	●●●●●●●●															
		被保険者 記号・番号	記号	●●	番号	●●●●●●●●										枝番	●●				
		フリガナ	ヒコネ タロウ			生年月日	明・大・昭 ●●年 ●月 ●日 ( ●● )歳														
		氏 名	彦根 太郎			性 別	男 ・ 女														
		住 所	〒 5 2 2 - 0 0 4 1 彦根市平田町670番地										電話番号	0 7 4 9 - 2 3 - 9 6 6 0							
		前回要介護 認定の結果等	過去6か月間に入院や入所がある 場合は、必ず記入してください										要支援状態区分	1 2		から	年 月 日				
	過去6ヶ月間の 介護保険施設 ・医療機関等 入院入所の有無	有 ・ 無										医療機関等の名称等・所在地	●●病院		期間	令和●年 ●月 ●日 ~ 令和●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) 彦根 一郎 (長男)																	
	住 所	〒 5 2 2 - 0 0 4 1 彦根市平田町670番地										電話番号	0 7 4 9 - 2 3 - 9 6 6 0						

主 治 医	主治医の氏名	介護 保			医療機関名	●●病院													
	所在地	〒 5 2 2 - ●●●●●● 彦根市●●番地										電話番号	0 7 4 9 - ●● - ●●●●●●						

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、記入が必要です。																	
-------	----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

介護サービス計画または介護予防サービス計画の作成に同意する。要介護認定・要支援認定に係る認定書本件を資料として提出し、認定調査票(特記事項)および主治医意見書を彦根市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業所に提出し、主治医意見書を記載した医師に提示することに同意します。また、介護サービス計画(特記事項)および主治医意見書を彦根市から私の同居する居宅介護支援事業所に提出し、主治医意見書を記載した医師に提示することに同意します。

同意される場合は、氏名をご記入ください。  
また、部分的に同意しないことも可能です。

本人氏名 彦根 太郎