

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 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	●●●●●●●●												
		被保険者証	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											
	氏 名	彦根 太郎						(●●) 歳													
	住 所	〒 5 2 2 - 0 0 4 1 彦根市平田町 6 7 0 番地					性 別	男		女											
住所						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													
	※14日以内に他目転入(市町村)名 []					自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。(はい・いいえ)															
	※14日以内に他目転入(市町村)名 []					自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。(はい・いいえ)															
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	介護保険施設の名称等・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		令和●年 ●月 ●日 ~ 令和●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・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 6 7 0 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
認定・要支援認定に係る
認定書(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
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。
査票 (特記事項) および主治医意見書を彦根市から私の同居
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