

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

(宛先)寒川町長  
次とおりに申請します。

①	被保険者番号	▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲	申請年月日	▲▲年 ▲月 ▲日	②	
③	個人番号	▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲				
④	フリガナ	サムカワ ハナコ	生年月日	昭和▲▲年▲月▲日(▲▲)歳	⑤	
	氏名	寒川 花子	性別	女	⑥	
⑦	住所	〒 253-0196 神奈川県高座郡寒川町宮山165	⑧ 電話番号	0467-74-1111		
	被保険者 前回の要介護認定の結果等	⑨ *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 有効期間 年 月 日 から 年 月 日 ⑩ *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「はいえ」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	
	介護保険施設の名称等・所在地	期間	年 月 日	~	年 月 日	
	医療機関等の名所等・所在地	●●病院	期間	▲年 ▲月 ▲日	~	▲年 ▲月 ▲日
	医療機関等の名所等・所在地	●●病院	期間	年 月 日	~	年 月 日
⑪	有・無					
⑬ 提出代行者	名称	該当に○(地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・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)				
	住所	〒 電話番号				
主治医	⑮ 主治医の氏名	寒川 太郎	⑯ 医療機関名	●●病院		
	所在地	〒▲▲▲▲-▲▲▲▲ ●●市●●▲-▲-▲ 電話番号 ▲▲▲▲-▲▲-▲▲▲▲				
2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入						
⑰	医療保険者名	医療保険被保険者証記号番号	⑱			
⑳	特定疾病名					
介護サービス計画の作成・地域ケア会議における個別事例の検討、指定介護老人福祉施設又は指定地域密着型介護老人福祉施設への入所の検討その他これらに類する目的のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、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若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事する調査員に提示することに同意します。						
㉑	本人氏名	寒川 花子				

～要介護・支援認定(更新)申請書の書き方～

- ①介護保険証に記載されている被保険者番号をご記入下さい。(不明の場合は空欄可)
- ②申請書の提出日をご記入下さい。
- ③マイナンバーカードに記載されている個人番号をご記入下さい。(不明の場合は空欄可)
- ④被保険者の氏名、フリガナをご記入下さい。
- ⑤被保険者の生年月日、年齢をご記入下さい。
- ⑥被保険者の性別をご記入下さい。
- ⑦被保険者の住所をご記入下さい。
- ⑧被保険者の電話番号をご記入下さい。
- ※⑨は更新申請の場合のみご記入下さい。
- ⑨現在の要介護・支援状態区分と有効期間をご記入下さい。

※⑩は14日以内に他自治体から転入した方のみご記入下さい。  
⑩転出元の自治体(市町村)名と転出元自治体に認定申請について、“はい”“いいえ”のいずれかに○をご記入下さい。“はい”に該当する場合は、申請日をあわせてご記入下さい。

⑪過去6ヶ月以内の介護保険施設や医療機関等の入所入院状況について、“有”“無”のいずれかに○をご記入下さい。

⑫⑪で“有”に該当する場合は、介護保険施設や医療機関等の名称や所在地、入院入所期間をご記入下さい。

※⑬～⑭は、被保険者に代わって申請書を提出する居宅介護支援事業所等の方のみご記入下さい。(被保険者の親族が提出する場合は記入不要)

⑬該当する部分に○を記入の上、名称をご記入下さい。

⑭提出代行者の住所と電話番号をご記入下さい。

⑮被保険者の主治医の氏名をフルネームでご記入下さい。

⑯主治医の所属する医療機関名をご記入下さい。

⑰主治医の所属する医療機関の住所、電話番号をご記入下さい。

※⑱～⑳は2号被保険者(40歳～64歳の医療保険加入者)の方のみご記入下さい。

⑱被保険者の加入する医療保険の保険者をご記入下さい。

⑲医療保険被保険者証に記載されている記号番号をご記入下さい。

⑳特定疾病名をご記入下さい。

㉑被保険者の氏名をご記入下さい。