

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

申請書

(あて先) 橋本市長

次のとおり申請します。

申請年月日

令和〇〇年〇〇月〇〇日

介護保険 被保険者番号	2 0 3 0 〇 〇 〇 〇 〇 〇	個人番号	
医療 保険	保険者名 橋本市(後期高齢)	後期高齢医療、国民健康保険、社会保険等の 医療保険の情報をご記入ください。	
	被保険者証 記号 〇〇〇〇〇		
被 保 者	フリガナ ハシモト ハナコ	生年月日	明・大・ 昭 〇年 〇月 〇日
	氏名 橋本 花子	性別	男 ・ 女
	住所 〒648-0072 橋本市東家一丁目1番1号	電話番号	0736-33-1111
保 険	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	令和〇〇年〇〇月〇〇日から 令和〇〇年〇〇月〇〇日
	※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 令和 年 月 日	
者	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 特別養護老人ホーム〇〇〇	期間 〇年 〇月 〇日～〇年 〇月 〇日
		介 ショートステイは 含みません。	所在地 現在も入所・入院中のときは、期間の終わりのところに 「入所中」または「入院中」とご記入ください。
	有 ・ 無	医療機関等の名称等・所在地 橋本市民病院	期間 〇年 〇月 〇日～ 年 月 日 入院中
		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 (氏名)	該当に〇(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) 橋本 太郎 (夫)	家族が申請する場合は、家族の氏名、 本人との続柄の記入をお願いします。
	住 所	〒648-0072 橋本市東家一丁目1番1号	電話番号 0736-33-1111

主 治 医	主治医の氏名	和歌山 二郎	医療機関名	橋本市民病院
	所 在 地	〒648-0005 橋本市小峰台二丁目8番1号	電話番	かかりつけ医の氏名、 医療機関名を 必ず記入してください。

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	脳血管疾患	40～64歳の方のみ記入が必要です。
-------	--------------	--------------------

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、橋本市が提供を受けた介護サ
 施設の関係人が取得した心
 居宅サービス事業者、地域
 事業者若しくは地域密着型
 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。また、更新認定申請の場合、申請から30日以内に更新の認定がされない場合でも、現在の有効期間内に認定結果が通知されるのであれば、延期通知が省略されることに同意します。

本人氏名 **橋本 花子**

