

記載例

介護保険 { 要介護認定・要支援認定 } 申請書
 { 要介護更新認定・要支援更新認定 }

羽幌町長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 平成 00年 00月 00日

被保険者本人について記載（必須）

被	被保険者番号	0000000000	個人番号	0000000000000000	
	フリガナ	オロロン タロウ		生年月日	明・【大】・昭 00年 00月 00日
保	氏名	オロロン 太郎		性別	【男】 ・ 女
	住所	〒078-4106 羽幌町南6条3丁目14番地 電話番号 0164-62-6020			
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 平成 00年 00月 00日 から 平成 00年 00月 00日			
者	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		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 年 月 日～年 月 日

（要介護状態区分等）に該当する箇所には○を記載
 認定を受けている場合は、その内容について記載

介護保険施設等に入所（院）している場合は、その施設名等を記載

代理人が提出する場合は代理人の氏名等を必ず記載

主治医名等について記載（必須）

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） オロロン 花子 印	
	住所	〒078-4198 羽幌町南町1番地の1 電話番号 0164-62-1211	

主治医	主治医の氏名	甘エビ 太郎	医療機関名	武蔵堆病院
	所在地	〒078-4106 羽幌町南6条3丁目14番地 電話番号 0164-62-6020		

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

医療保険者名	医療保険被保険者証記号番号
特定疾病名	

介護サービスの利用者負担額軽減措置のために必要がある時は、私及び同一世帯の課税状況につき、町長が税務関係当局に報告を求めることに同意します。また、当申請により町長が知り得た情報（認定調査票、一次判定結果、二次判定変更理由・意見、主治医意見書、認定結果等）を、「地域包括支援センター」「介護保険サービス事業者」「主治医意見書記載医師」「認定調査従事調査員」に必要に応じて提供することに同意いたします。

2号被保険者については必ず記載

本人氏名 オロロン 太郎 印

被保険者本人の氏名を記載（必須）