

# 申請書の記入のしかた

## 要介護認定・要

訪問調査員用連絡票もご記入ください

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

被保険者証の10ケタの番号です。

被 保 険 者 ( 本 人 )	被保険者番号	申請事由			新規・更新・変更
	フリガナ	生年月日			明・大・昭 年 月 日 ( ) 歳
	氏名	性別			男・女
	住民票所	①の住民票と違う場所にお住まいの場合はこちらもご記入ください。			
	現在の居住地 (上記と違う場合のみ)	電話番号 ( )			
	現在の要介護 状態区分等	要介護状態区分	状態区分 1・2		
	変更申請の理由 (変更の場合のみ)	有効期間	変更申請の場合は、理由を必ずご記入ください。		
	現在の入院・入所先 (短期入所を除く)	入院・入所施設名	現在、病院や施設にいらっしゃる、またはこれからお入りになる場合に期間と併せてご記入ください。但し、ショートステイ等の短期入所は除きます。		
	所在地				
	期間(予定)				

申 請 者 ( 代 行 者 )	フリガナ	申請窓口に来られる方の名前をご記入ください。 事業者が代行申請する場合は、事業所の名称もご記入ください。					
	氏名				該当に○(本人・家族)	電話番号 ( )	
	住所 (上記住民票住所と違う場合のみ)						

現在、定期的に診ていただいている医師名を書いてください。

主 治 医	医療機関名	現在、定期的に受診している 病院名をご記入ください。	診療科目 主治医氏名	診療科目もお書きください。
	医療機関の所在地		最終受診年月	最終受診年月をご記入ください。
医療保険者名		医療保険の情報をお書きください。なお、後期高齢者医療制度に加入している方は、医療保険情報の「被保険者番号」を「記号」欄に記入してください(「番号」「枝番」欄の記入は不要です)。		
医療保険被保険者等				

### 2号被保険者(40歳から64歳)

65歳未満の方は、特定疾病名が必要です。

特定疾病名	ご本人が署名できない場合は、ご家族等が代筆してください。 *代筆の場合は余白に「代筆〇〇」と代筆者の名前も記入してください。			
本人署名	大欄			
個人番号を記入した場合は、個人番号確認書類及び身分確認書類が必要です。	個人番号			

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適  
介護保険施設の職員、管轄の地域包括支援センター

介