

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

琴平町長 様

次のとおり申請します。

申請年月日

令和

年

月

日

介護保険 被保険者番号		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	個人番号		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1		
医療 保険	保険者名											保険者番号															
	被保険者証	記号								番号						枝番											
被 保 者	フリガナ	コトヒラ タロウ										生年月日		明・大 昭 7年 7月 7日													
	氏名	琴平 太郎										性別		男 ・ 女													
	住所	〒766-8502 琴平町榎井 817-10										電話番号		0877-75-6706													
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		日中に連絡のとれる番号を記入ください。										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		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										
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										期間		年 月 日～年 月 日														
	介護保険施設等の名称等・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		2年 1月 1日～2年 2月 1日														
	医療機関等の名称等・所在地										期間		年 月 日～年 月 日														
有 ・ 無		〇〇病院																									

提 出 代 行 者	名称	該当に〇(地域)										複数の病院についている方は、現在の身体の状態を一番よく知											
	住所	〒										っている医療機関名および医師の氏名を記入ください。											

主 治 医	主治医の氏名	五條 次郎										医療機関名		〇〇病院											
	所在地	〒766-8502 琴平町榎井 817-10										電話番号		0877-75-6706											

被保険者の同意があれば代筆可です。

代筆の場合は、代筆者の署名と続柄の記入
をお願いします

個人情報に関する同意書欄です。

のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定の結果、意見、及び主治医意見書を、琴平町から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した調査員に提示することに同意します。

本人氏名 琴平 太郎

代筆者氏名(続柄)

()