

介護保険 要介護・要支援

新規・転入  
更新

認定申請書

次のとおり申請します。 \*この申請書を提出する際は、介護保険被保険者証を添付して下さい。

被 保 険 者	被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	申請年月日	令和 2 年 4 月 4 日
	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	性別	男
保 険	フリガナ	ワタリ タロウ	性 別	男
	氏 名	亙理 太郎	生 年 月 日	明・大(昭) 12 年 3 月 4 日 (83歳)
者	住 所	〒989-2393 亙理町字悠里1番地 TEL (34) 1437		
	関係書類送付先等	被保険者以外の住所に送付希望の場合記載してください(送付者氏名)		
険	申請理由	介護サービスを利用したいため		
	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	要支援状態区分 1 2	要介護状態区分 1 2 3 4 5
	※更新申請の方のみ記載してください	※14日以内に 他自治体から 転入した者のみ 記入	有効期限	年 月 日から 年 月 日
		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	
者	介護保険施設入院・入所等の有・無(短期入所除く)	有	入院・入所施設名	
		所在地	TEL ( )	
	無	介護保険施設以外の入院医療機関名・入所施設	わたりん病院	
		所在地	TEL ( )	

の部分は必ず記載してください  
は該当となる場合のみ記載します。

申請者氏名	亙理 花子	本人との関係	妻
※○で囲んでください。 提出代行者名称	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、介護医療院		
申請者住所	〒 - (※申請者が本人の場合は、記載不要) TEL ( )		

主 治 医	フリガナ	ワタリ ジロウ	医療機関名	わたりん病院
	氏 名	亙理 二郎		
	所在地	〒 - 亙理町字悠里2番地 TEL ( )		

下記の欄は、第2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入してください。(医療保険被保険者証写添付)

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、及び主治医意見書を、亙理町から地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、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 亙理 太郎 代筆者氏名 亙理 花子 本人との関係( 妻 )