

記載例

介護保険

要介護認定・要支援認定

申請書

群馬県吾妻郡中之条

次のとおり申請します。

申請年月日

介護保険被保険者証（黄色）
に記載されている番号を記入してください。

医療保険の被保険者証番号等を
記載して下さい。
75歳以上の方の保険者名は
「群馬県後期」と記載して下さい。

被 保 険 者	介護保険被保険者番号					個人番号					
	医療 保 険	保険者名					保険者番号				
		被保険者証	記号			番号			枝番		
	フリガナ						生年月日	年 月 日			
	氏名						性別	男 ・ 女			
	住 所		〒								
	前回の要介護認定の結果等		認定の場合のみ記入	有効期限 令和 年 月 日 から 令和 年 月 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、転入（既に認定済）している場合は、「はい」と記入してください。							
				「はい」と記入し、申請日 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		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											

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・介護医療院）	
	住 所	〒	

主 治 医	主治医の氏名			医療機関名		
	所在地	〒		電話番号		

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		
-----------	--	--

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サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居身の状況等の情報を、中之条町から地域包括支援センター、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・地域包括支援センター職員等に提示する（地域支援事業と連携して実施する場合は、地域包括支援センターを基盤経由で電子的に行う場合を含む）。

介護サービス利用（予定）者の氏名を記入して下さい。
代筆の場合は代筆者の氏名も記入して下さい。

※介護保険 要介護認定・要支援認定調査 確認表も記入して下さい。

本人氏名
(代筆者氏名)