

記載例

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

岩倉市長

介護保険被保険者証に記載のある番号を記入

マイナンバーカードや通知カードの個人番号を記入

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被 保 険 者	介護保険被保険者番号	0 0 0 0 ●●●●●●●●				個人番号	●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●				
	医療保険	保険者名	●●健康保険組合・岩倉市国保 愛知県後期高齢者医療広域連合等			保険者番号	●●●●●●●●●●				
		被保険者証	記号	●●●●		番号	●●●●		枝番	●●	
	フリガナ	イワクラ タロウ				生年月日	昭和10年 5月 10日				
保	氏名	岩倉 太郎				性別	男 ● 女				
	住所	〒482-8686 岩倉市栄町一丁目 66 番地				電話番号	0587-66-1111				
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					有効期間 令和元年 5月1日 ~ 令和4年 3月31日				
	過去6ヶ月間の介護保険施設・医療機関等入院、入所の有無 (短期入所を除く。)	●●病院 岩倉市●●町●番地				期間	R4年 3月1日 ~ R4年 3月31日				
者	介護保険施設・医療機関等 名称等・所在地					期間	年 月 日 ~ 年 月 日				
	有 ● 無	過去6か月間に入院または入所している場合記入									

前回の認定情報を記入
※新規申請の場合は不要

提 出 代 行 者	氏名	岩倉 花子			本人との関係	子		
	事業所名称	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・介護医療院)						
	住所	〒482-●●●●●● 岩倉市●●町●番地			電話番号 0587-●●●-●●●●●●			

*申請書の提出者が被保険者本人の場合、提出代行者の記載は不要

主 治 医	主治医の氏名	岩倉 次郎			医療機関名	●●病院		
	所在地	〒482-●●●●●● 岩倉市●●町●番地			電話番号 0587-●●●-●●●●●●			

第2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)のみ記入

特定疾病名			
-------	--	--	--

介護サービス計画の作成等介護認定審査会による判定結果サービス事業者若しくは介護士に同意します。

40歳から64歳までの方で、特定疾病の診断を受け、介護認定を申請する場合は、オレンジの枠内を記入併せて医療保険証の写しを提出

調査内容、事業者、居宅提示すること

印刷した紙に署名
※本人または家族の署名

本人氏名
が記入できない場合の代理人
氏名 岩倉 花子 (続柄 子)