

記入例

介護保険 [ 要介護 ・ 要支援

申請書は鉛筆や消えやすいインクで書かないでください。  
記入は黒ボールペン又は黒インクをお願いします。

泉大津市  
次のと

介護保険被保険者証の  
被保険者番号をご記入ください。

新規

更新

区分変更

|        |   |                                     |               |
|--------|---|-------------------------------------|---------------|
| 被保険者番号 | 0000123456  | 申請年月日                               | 令和〇年〇月〇日      |
| 個人番号   | マイナンバーの番号<br>をご記入ください。  |                                     |               |
| 医療保険   | 保険者名<br>〇〇健康保険組合<br>(泉大津市国保の場合 泉大津市)  | 保険者番号                               | 〇〇〇〇〇〇        |
|        | 被保険者証 記号  | 番号                                  | 枝番            |
| フリガナ   | イヌミオオツ タロウ  |                                     |               |
| 氏名     | 泉大津 太郎  | 生年月日                                | 〇年〇月〇日        |
| 住所     | 〒595 - 0026 電話番号(自宅・携帯): 0725 ( 33 ) 1131<br>泉大津市 東雲町9-12<br>アパート、マンション名( ) |                                     |               |
| 前回の認定の | いずれかに〇をつけてください。   | 要支援 1・2                             | 要介護 1・2・3・4・5 |
| の有無    | 名称  | 有効期間                                | 年 月 日 ~ 年 月 日 |
| (有・無)  | ※ 申請時に入院・施設入所中の方は病院・施設名をご記入ください。  |                                     |               |
|        | 所在地 〒 -   | ※ 申請時に入院・施設入所中の方は病院・施設の所在地をご記入ください。 |               |

|                |  |  |            |           |           |            |      |
|----------------|--|--|------------|-----------|-----------|------------|------|
| 該当するものに〇をして下さい | <input checked="" type="checkbox"/> 家族 | ・地域包括支援センター  | ・居宅介護支援事業所 | ・介護老人保健施設 | ・介護老人福祉施設 | ・介護療養型医療施設 | ・その他 |
| 申請書の持参者        | 氏名<br>又は<br>名称                         | 泉大津 花子   |            |           |           |            |      |
|                | 住所                                     | 〒595 - 0026 電話番号 自宅 0725 ( 33 ) 1131<br>泉大津市東雲町9-12 携帯 ( ) |            |           |           |            |      |

※更新申請の場合 前回の医療機関と 同 ・ 別

|     |       |            |  |         |
|-----|-------|------------|--|---------|
| 主治医 | 医療機関名 | 〇〇病院       | 主治医の氏名   | 〇〇 〇〇医師 |
|     | 所在地   | 〇〇市(区・町・村) | ※1ヶ月以内に主治医の診察を受けましたか <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ<br>いいえ」の場合の次回受診予定日 令和〇年〇月〇日 |         |

※第2号被保険者(40歳から64歳までの方)のみ記入

|       |                            |
|-------|----------------------------|
| 特定疾病名 | ※ 介護保険の対象となる特定疾病名をご記入ください。 |
|-------|----------------------------|

□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、泉大津市から地域包括支援センター、居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者等に提出することにご同意します。  
□[更新申請のみ]申請から30日以内に認定

本人が自署できない場合は、代筆の上、代筆者氏名もご記入ください。必ず手書きをお願いします。  
(パソコン入力、ゴム印等は不可)

40~64歳の方のみ記入してください。

意見書を記載した医師又は認定医の署名と捺印を、申請書の裏面に貼付してください。不明な点については、申請書の裏面に記載の連絡先へお問い合わせください。不明通知の省略に同意します。

本人氏名  
(代筆者氏名)

泉大津 太郎  
泉大津 花子

|   |    |      |      |       |
|---|----|------|------|-------|
| 処 | 受付 | 電算入力 | 調査依頼 | 意見書依頼 |
| 理 |    |      |      |       |

□支援からの見直し □期限切れ □証紛失