

記入例

介護保険 申請書
 要介護認定・要支援認定
 要介護更新認定・要支援更新認定

※赤枠部分を記入してください

泉崎村長 様

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											個人番号											
	医療 保険	保険者名	○○医療保険										保険者番号	保険者番号を記載									
		被保険者証	記号											番号									
	フリガナ	イズミザキ タロウ										生年月日	昭和10年4月5日										
保 険	氏名	泉崎 太郎										性別	男										
	住所	泉崎村大字○○字××1-1										電話番号 0248-○○-××××											
	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										有効期限	必要に応じて記載してください										
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・指定介護療養型医療施設・介護医療院）										○○福祉施設											
		住所	〒999-1111										泉崎村大字○○字××1-1										
	有・無	介護保険施設等の名称等・所在地										期間	過去6か月間に介護施設に入所していれば施設名及び期間を記入してください。										
		医療機関等の名称等・所在地										期間	過去6か月間に入院していれば病院名及び期間を記入してください。										

該当する方を記載

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

かかりつけの医療機関を記入してください。
 主治医の名前も分かれば記入してください。

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、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、主治医意見書、泉崎村が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、泉崎村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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する（地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。）ことに同意します。

手書きで氏名を書いてください
 （代筆の場合は記入した方の氏名も書いてください）

本人氏名