

記入例

介護保険

要介護認定・要支援認定

要介護更新認定

該当の申請区分に○を付けてください。

提出される日付を記載してください。郵送で提出の場合は、市が受理した日が受付日となります。

申請年月日

令和〇〇年〇〇月〇〇日

後期高齢者医療制度にご加入の方は「保険者名」欄に「埼玉県後期高齢者医療広域連合」（後期高齢でも可）、下段の「番号」欄に「被保険者番号」をお書きください。
※後期高齢の場合は記号と枝番はありませんので未記入で結構です。

被 保 険 者	医療保険	保険者名	〇〇健康保険組合		保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇				
		被保険者 記号・番号	記号	〇〇〇-〇〇〇	番号	〇〇〇〇〇〇〇		枝番	〇〇	
		フリガナ	ヨシカワ タロウ			生年月日	明・大・昭〇〇年〇〇月〇〇日			
		氏 名	吉川 太郎			性 別	男・女			
	住 所	〒342-0000 吉川市〇〇〇〇丁目▽▽番地〇〇 △△マンション〇〇〇号 電話番号 1. 自宅の電話番号 2. 日中に連絡が取れる電話番号								
	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		
			有効期限					〇〇年〇〇月〇〇日から 〇〇年〇〇月〇〇日		
			転出元自治体（市町村）名〔 〕 体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 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							
		入院・入所している場合は必ず記入してください。	「はい」の場合、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	有・無	介護保険施設の名称等・所在地				期間 年 月 日～ 年 月 日			
			医療機関等の名称等・所在地				期間〇年〇〇月〇〇日～〇年〇〇月〇〇日			
			〇〇〇総合病院 〇〇市〇〇1-2-3							

提出 代 行 者	名 称	該当	ご本人・ご家族が記入する場合、この欄は記載不要です。 ケアマネージャー等が代行申請する場合は、ご記入ください。
	住 所	〒	

主 治 医	主治医の氏名	吉川 花子（〇〇〇科）	医療機関名	〇〇〇総合病院
	主治医の氏名をフルネーム で記入してください。	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇〇丁目〇〇番地〇〇 電話番号 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇		

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

介護サービスにかかる調査内、40歳から64歳の方は、医師に確認の上、記載してください。要介護認定・要支援認定に
 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、吉川市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。
 【更新申請の場合】申請から30日以内に認定されない場合、現在の有効期間内であれば、認定延長通知の省略に
 同意します。

本人氏名 吉川 太郎 代筆者 吉川 一郎 （続柄） 長男