

記入例

介護保険

要介護認定・要支援認定

申請書

【40歳～64歳の方】

必ず記入

【65歳以上の方】

・埼玉県国民健康保険被保険者(このす国保)・埼玉県後期高齢者医療被保険者
以外は必ず記入

月 日

被 保 険 者	1	保険者名	このす/後期高齢者医療/〇〇健康保険			保険者番号	〇〇〇〇〇〇			
		被保険者 記号・番号	記号	〇〇 (後期高齢者医療記入不要)		番号	〇〇〇		枝番	〇〇
		フリガナ	コウノス タロウ				生年月日	明治・大正・昭和 〇年 〇月 〇日		
		氏 名	鴻巣 太郎				性 別	(男) ・ 女		
		住 所	〒〇〇〇-×××× 鴻巣市〇〇1丁目△番地				2 被保険者の連絡が付く電話番号を記入 電話番号 048-000-××××			
		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 〇年 〇月 〇日 から 〇年 〇月 〇日						
			*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、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 (既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください)]						
				はい ・ いいえ						
		3	4	入院、入所【有】の方記入 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

介護保険施設等の名称等・所在地

〇〇施設 鴻巣市〇〇3丁目△番地

期間 〇年 〇月 〇日～ 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

〇〇病院 鴻巣市〇〇2丁目△番地

期間 〇年 〇月 〇日～〇年〇月〇日

医療機関等の名称等・所在地

期間 年 月 日～ 年 月 日

出 代 行 者	5	名 称	鴻巣 花子		該当する箇所に○を付ける	
	住 所	〒〇〇〇-×××× 鴻巣市〇〇1丁目△番地		日中連絡が付く電話番号を記入 電話番号 090-〇〇〇-××××		

主 治 医	6	主治医の氏名	〇〇 〇〇		医療機関名	〇〇クリニック	
	所 在 地	〒〇〇〇-×××× 鴻巣市〇〇5丁目△番地					電話番号 048-000-××××

特 定 疾 病 名	7	●40歳～64歳の方のみ記入 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	
	脳血管疾患		

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結果・意見、及び主治医意見書を、鴻巣市から地域包括支援センター、居宅介護（介護予防）支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設の関係人、地域密着型サービス事業者若しくは主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。

また、作成された介護サービス計画又は介護予防サービス計画に、主治医意見書を記載した医師、及び計画上位置づけられたサービス事業者等に対して提示すること。

8 被保険者名を記入

本人氏名

鴻巣 太郎

備考には、調査場所、
立会い者氏名等を記入

9 調査立会い希望 (有) 無 連絡先 自宅・申請者・その他 サービスの緊急性 (有) 無

備考 〇〇施設にいる。048-0000-××××
娘(鴻巣花子)と施設相談員立会いのため、施設相談員に連絡

