

記入例

介護保険

要介護認定・要支援認定

申請書

【40～64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

被保険者番号	個人番号	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
医療保険	被保険者記号・番号	記号	〇〇〇 (後期高齢者医療は記入不要)	番号	〇〇〇〇〇〇
		枝番			〇〇

フリガナ	フリガナ	生年月日	昭和〇〇年〇月〇日
氏名	鴻巣 太郎	性別	男

住所	〒365-1234 鴻巣市中央1丁目1番地	被保険者本人の電話番号(固定・携帯)を記入	電話番号 048-000-0000
----	-----------------------	-----------------------	-------------------

前回の要介護認定の結果等	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 令和〇年〇月〇日 から 令和〇年〇月〇日
	転出元自治体(市町村)名 [年 月 日]
	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

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	③で入院、入所が【有】の方のみ記入	「はい」の場合、申請日 年 月 日
------------------------------	-------------------	-------------------

介護保険施設等の名称等・所在地	期間	入所中
〒老健〇〇〇〇 鴻巣市〇〇1丁目1-1	令和8年4月1日 ~	年 月 日
〒 医療機関等の名称等・所在地	年 月 日 ~	年 月 日
〒△△病院 鴻巣市△△1丁目1-1	令和8年1月1日 ~ 令和8年3月31日	
〒 医療機関等の名称等・所在地	年 月 日 ~	年 月 日

名称	鴻巣 花子
住所	〒365-□□□□ 鴻巣市□□1丁目1-1
	日中連絡がつく電話番号(固定・携帯)を記入
	電話番号090-□□□□-□□□□

主治医の氏名	医師 次郎	医療機関名	次郎クリニック
所在地	〒365-▽▽▽▽ 鴻巣市▽▽1丁目1-1	電話番号	048-▽▽▽▽-▽▽▽▽

特定疾病名	脳血管疾患	40～64歳の方のみ記入
-------	-------	--------------

【訪問調査先が自宅住所以外の場合】 訪問調査先の名称と連絡先、家族立会の有無を記入	被保険者名を記入
----------------------------------------------	----------

老健〇〇〇〇に入所中<訪問調査場所>
施設 TEL:048-000-0000<調査場所連絡先>
娘(鴻巣花子)の立会希望<立会希望の有無>

本人氏名	鴻巣 太郎
------	-------