

該当する申請区分に丸を付けてください

記入例

介護認定・要支援認定
 介護保険 要介護更新認定・**要支援更新認定** 申請書
 要介護認定・要支援認定区分変更

加入する医療保険を記入してください

申請年月日 令和●●年■月▲▲日

被 保 険 者	保険者番号	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6	個人番号	9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 9 8		
	保険者名	あさぎり町国民健康保険		保険者番号	4 3 2 3 1 0	
	被保険者証	記号	1 2 3 4 5 6 7 8	番号	1 2 3 4 5 6	
	フリガナ	アサギリ タロウ		枝番	0 3	
	氏 名	朝霧 太郎		生年月日	明・大・昭 23 年 4 月 ○ 日	
				性 別	男 ・ 女	
	住 所	〒868-0408 熊本県球磨郡あさぎり町免田東○○○番地 電話番号 0966-45-○○○○				
	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
		※14日以内に付した記載	有効期限	年 月 日から	年 月 日	
	変更申請の理由	区分変更申請の場合は、変更申請するに至った理由を明確に記入してください				
過去6月間の介護保険施設医療機関等入院、入所の有無	介護保険施設の名称等・所在地	期間	年 月 日～	年 月 日		
	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	年 月 日～	年 月 日		
	○○病院	期間	年 月 日～	年 月 日		
有 ・ 無	医療機関等の名称等・所在地					

代行申請の場合は代行者の氏名・住所・被保険者との関係を記入してください

申請者	朝霧 花子	被保険者との関係	妻
申請者住所	〒868-0408 熊本県球磨郡あさぎり町免田東○○○番地 電話番号 0966-45-○○○○		
提出代行者	該当に○（地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・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）		

40歳から64歳の方は特定疾病により介護や支援が必要となったときに申請ができます。該当する疾病名をご記入ください

主治医の氏名	○○○○	医療機関名	○○病院
電話番号			
特定疾病名			
本人氏名	代筆者		
	住所		
	代筆理由 :		

原則、被保険者本人の署名です。心身の状況により自署できない場合は、本人の介護者である親族又はそれに準じる方が代筆してください。本人の介護者である親族等以外の方が代筆する場合でも、本人の意思を確認のうえで代筆してください。