【記　載　例（介護認定申請書）】

介護保険　〔認定・更新認定・区分変更認定〕　申請書

いずれか当てはまるものに、○をつけてください。

実際に申請された方の
・氏名　・本人との関係　・住所　・電話番号
を記入してください。

		申請年月日	平成 28 年 1 月 1 日
申請者氏名	介護　桃子	本人との関係	長　女
提出代行者名称	該当に○（指定介護支援事業者、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設）　㊞		
申請者住所	〒 940－×××× 長岡市幸町○○○番地 電話番号 0258-△△-□□□□		

申請日を記入してください。

マイナンバー（12ケタ）を記入してください。

被保険者の場合、住所・電話番号不要）	被保険者番号	0000099999	個人番号	1234567890＊＊
		カイゴ　タロウ	生年月日	明・大・昭 11 年 11 月 11 日
		介護　太郎	性別	男・女
		〒 949－4353 出雲崎町大字川西１４０番地 電話番号 0258－78－3111		
	前回の要介護認定の結果等（変更・更新の場合のみ記入）	要介護状態区分　要支援 1・2　要介護 1・2・3・4・5 有効期間　平成　年　月　日		
	介護保険施設入所の有無（短期入所を除く）有・無	入院、入所施設名		
		施設所在地		

《介護保険被保険者証》の被保険者番号を記入してください。

更新・区分変更の方は、現在の要介護状態区分と有効期間の終了日を記入してください。

主治医	主治医の氏名	健康　一郎	医療機関名	健康クリニック
	所在地	〒 940－○○○○ 長岡市福祉町△△△番地 電話番号 0258-□□-×××× 【かかりつけ医】または【現在の本人の心身の状態がわかる医師】の ・氏名　・医療機関名　・所在地　・電話番号 を記入してください。		

２号被保険者（４０歳から６４歳の医療保険加入者）のみ記入

医療保険者名		医療保険被保険者証記号	
特定疾病名			

介護サービス計画等を作成す　めに必要があるときは、要介護認
介護認定審査会による判定結果　及び主治医意見書を居宅介護支
介護保険施設の関係人、主治医　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。

第２号被保険者（40～64歳の方）のみ、
・医療保険者名　・保険証の番号
・該当する特定疾病名
を記入してください。
※65歳以上の方は記入不要です。

本人氏名　介護　太郎

被保険者（介護を受けている方）のお名前を記入してください。（代筆可）