

介護保険

要介護認定・要支援認定  
要介護更新認定・要支援更新認定

申請書

介護保険証の番号をご記入ください。

申請年月日 令和 4年 4月 1日

被 保	介護保険 被保険者番号	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6	個人番号	
	医療 保険	保険者名	〇〇組合	保険者番号
		被保険者証 記号	123456	番号
			123	枝番
	フリガナ			昭和 10年 1月 1日
	氏名	新庄 太郎		
	住所	〒996-8501 新庄市沖の町 10番		
			電話番号	(22) 2111
		*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 (1・2)
			有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日
		※14日以内 に他自治体 から転入し た者のみ記 入	転出元 現在、転 入は	過去6か月から現在に至るまで介護保険施設へ入所や 医療機関に入院した場合はご記入ください。 (ショートステイは除きます。)
	過去6月間の 介護保険施設・ 医療機関等入院 入所の有無	無・有 (※有の場合、以下に名称・所在地等を記入)		
		介護保険施設の名称等・所在地	〇〇病院	
		介護保険施設の名称等・所在地	期間 3年3月3日~3年3月10日	

現在認定されている  
区分と有効期間を  
介護保険証を確認し  
てご記入ください。

医療保険証の保険者名・記号・番号をご記入  
ください。

申請者についてご記入ください。  
介護施設・事業所で代行申請される場合は、名称に事業所名、  
代行申請した担当者の職氏名を記載してください。

申 請 者 提 出 は 代 行 者	申請者氏名			
	名称	新庄居宅介護支援事業所 担当：介護支援専門員 新庄 次郎		
	住所	〒 〇〇市〇〇町 1-1 電話番号 0233 ( )		

主 治 医	主治医の氏名	山形 一郎	医療機関名	〇〇病院
	所在地	〒		

主治医氏名と医療機関名は必ずご記入ください。

2号被保険者 (40歳から)

特定疾病名

40~64歳の方で2号疾病により申請する場合のみご記入ください。  
医療保険被保険者証の写しも併せて提出してください。

以下のいずれかをお願いします。

原則：更新認定を受ける被保険者本人の署名または記名押印

代筆の場合：家族等による代筆の場合は代筆者氏名を記載

：事業所による代筆した場合は、本人の確認の押印

ために必要があるときは、要介護認定  
及び主治医意見書を地域包括支援セ  
ンサー事業者若しくは介護保険施設の開  
示することに同意し

新庄 太郎

新  
庄