

記載例【要介護・要支援の新規申請をする場合】

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

門真市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 6年 4月 1日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号	0012345678	個人番号	123456789123			
	医療 保険 被保険者 記号・番号	記号 000	番号	0123	枝番	0	
	フリガナ	カドマ タロウ		生年月日	大昭平 10年4月1日		
	氏名	門真 太郎		性別	男 ・ 女		
	住所	〒123-4567 門真市〇〇町1-1		電話番号	123 (456) 7899		
	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	要支援1・2 / 要介護1・2・3・4・5				
			有効期限 年 月 日から 年 月 日まで				
		※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 「はい」の場合、申請日				
	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	介護保険施設等の名称等・所在地	期間 ~				
		介護保険施設等の名称等・所在地	期間 ~				
医療機関等の名称等・所在地		期間 ~					
有 ・ 無		医療機関等の名称等・所在地	期間 ~				

提出 代行 者	名称	該当に○ (地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院) 門真 花子 (続柄 妻)
	住所	〒123-5678 門真市□□町3-3 電話番号 123 (456) 7891

●ご家族が代理で申請する場合 ●提出代行者の場合
門真 花子 (続柄 妻) ○〇居宅介護支援事業所

主 治 医	主治医の氏名	門真 一郎 医師	医療機関名	門真△〇病院
	所 在 地	〒123-6789 門真市□□町5-5 電話番号 234 (567) 8912		

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

特定疾病名	
-------	--

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、門真市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者若しくは介護保険施設の関係人、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。

当該認定に必要な情報 (認定・健康保険) 又は個人番号が不明な場合、公簿等 (マイナンバーを利用した情報連携含む) により、確認することに同意します。

本人氏名 門真 太郎

必ずご記入ください。