

介護保険 [要介護認定・要支援認定] 申請書
[要介護更新認定・要支援更新認定]

介護保険被保険者証の番号を記入してください。

次のとおり申請します。

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	個人番号					
	医療 保 険	保険者名	五條市	保険者番号	290072			
		被保険者証	記号	奈 7	番号	1234567	枝番	12
		フリガナ	ゴジョウ タロウ			生年月日	昭和10年1月1日	
		氏 名	五條 太郎			性 別	男	
		住 所	〒637-8501 五條市本町1丁目1番1号 電話番号 0747-22-4001					
		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	要支援 1			
			有効期限	平成31年1月1日	から	令和3年12月31日		
		※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 年 月 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	年 月 日	～	年 月 日		
		介護保険施設等の名称等・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		
	有 ・ 無	医療機関等の名称等・所在地	期間	年 月 日	～	年 月 日		

ケアマネージャーに申請を代行してもらう場合は、
こちらに記入してください。

提 出 代 行 者	名 称	該当に○（地域包括支援センター・居宅介 護サービス・介護老人保健施設・指定介護保険施設）	五條市地域包括支援センター
	住 所	〒637-0036 五條市野原西6丁目1番18号	電話番号

主 治 医	主治医の氏名	五條 花子 医師	医療機関名	医院
	所 在 地	〒	普段からよく診察してもらう医療機関の情報を記入 してください。 五條市外の医療機関の場合は、医療機関の住所も記 入してください。	

第二号被保険者（40歳から64歳の医療保険）

特定疾病名	40歳から64歳の方が申請する場合は、特定疾病により介護が必要な状態となっている必要があります。 特定疾病については、五條市ホームページ「介護保険の加入者について」をご確認ください。
-------	------------------------------------------------------------------------------------------------

被保険者の本人氏名を記入してください。
(代筆でも構いません)

氏名 五條 太郎