

記入例

介護保険要介護等状態区分

提出される日付を記載してください。郵送での提出の場合は市が受理した日が受付日となります

草加市長 あて  
次のとおり申請します。

令和 年 月 日

申請者氏名	草加 花子	被保険者との関係	長女
提出代行者名 称	ご本人、またはご家族が申請する場合は、記載は必要ありません。事業所が代行で提出する場合は申請者がご本人の場合でも事業所名の記載が必要となります。		

介護保険被保険者証にある被保険者証番号を記入してください	市〇〇町1	通知カード・個人番号カードに記載されている12桁の番号を記入してください	048-123-4567
------------------------------	-------	--------------------------------------	--------------

被 保 険	被保険者番号	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6	個人番号	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6 7 8				
	医療保険	保険者名	〇〇健康保険組合	保険者番号	1234567			
	被保険者証	記号	〇〇〇〇	番号	××××	枝番	〇×▽	
	フリガナ	ソウカ タロウ		生年月日	明・大・昭	年	月	日
	氏名	草加 太郎		性別	男	女		
	住所	〒 草加市××町1丁目1番1号		電話番号(日中の連絡先)	048-900-0000			
の要介護	※要介護・要支援更新	要介護状態区分	1 2 3 4 5	経過的要介護	要支援状態区分	1 2		

医療保険被保険者証に記載されている医療保険情報について記載してください。2号被保険者(40歳~64歳の医療保険加入者)の申請の場合、医療保険情報をご記入の上、医療保険被保険者証の写しの添付が必要です。

入院・入所している方	入院・入所施設の名称・所在地・電話番号 〇〇〇〇病院 草加市〇〇町123番地 TEL 048-〇〇〇-〇〇〇〇	施設入所・医療機関入院の場合は、入所(院)先の住所・連絡先・入院期間を記載してください
変更申請理由	前回認定時から変わった状況、介護度の変更が必要になった理由について必ずご記入ください。	実施日希望 年 月 日 午前・午後

主治医について	医療機関名	〇〇〇〇〇病院	現在のお体の状況を一番よくわかっている医師を主治医として記載してください。主治医名はフルネームで正確に記載してください。記載して頂ける主治医は1名のみとなります。
	主治医氏名	埼玉 太郎	
	住所	〒340-〇〇〇〇 草加市〇〇町123番地	

2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入してください。

特定疾病名	特定疾病名は、医師にご確認の上記載してください。
-------	--------------------------

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成する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、草加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、更新申請では申請から30日以内に認定されない時には認定の有効期間であれば、延期通知の省略に同意します。

保険者使用欄

被保険者証	<input type="checkbox"/> 回収済 <input type="checkbox"/> 調査時回収	収納	<input type="checkbox"/> 有	被保険者氏名	草加 太郎
				代筆者氏名	〇〇 〇〇

上記文章を必ずお読みいただき必ず同意のご署名をいただきますようお願いいたします。代理で署名される場合、代筆者欄にその方のお名前を記載してください。