

介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書

志木市長 様
次のとおり申請します。

健康保険被保険者証を参考にご記入ください
★医療保険証のコピーを添付してください

◎ 介護保険被保険者証を添付してください。（40～64歳の新規申請者を除く）

被保険者証：
有・紛失・未

被 保 険 者	被保険者番号	0000123456			個人番号					
	医療 保 険	保険者名	例) 埼玉県後期高齢者医療広域連合			保険者番号	例) 39112289			
		被保険者証	記号				番号	01234567(医療保険証に記載のある番号を記入)		
	申請区分	新規・更新・変更・転入								
	フリガナ	シキ タロウ			申請区分、更新に○					
	氏名	志木 太郎			※必ず記入					
	生年月日	明・大・昭 1985年1月1日(85歳)			性別	(男)・女				
	住所	〒 ー			氏名、生年月日、年齢、性別、住所、電話番号を記入					
	前回の要介護認定の結果等	要介護状態区分	1 2 3 4 5					要支援状態区分	1 2	
		有効期限	年 月 日 から 年 月 日					現在の要介護区分を記入		
転入		申請時に、入院や入所している場合に記入								
転出		いいえ はいの場合申請日 年 月 日								
介護保険施設・医療機関等入院・入所の有無(短期入所を除く)	有・無	名称			年 月 日 から 現在入院・入所中					
		所在地			主治医(かかりつけ医)の医師名はフルネームを記入 直近の受診日を記入					
主 治 医	医療機関名									
	診療科目名									
	主治医の氏名(1名のみ記入)				受診予約日	年 月 日				
	所在地	〒 ー			電話番号	()				

申 請 書 提 出 者	☐ 本人				本人との関係	長女		
	☐ 代理人	フリガナ	シキ	ハナコ				
	☐ 提出代行	代理人の氏名	志木 花子			電話番号	048(123)4567	
		住所・事業者名称	〒353-0001					
		志木市上宗岡1-1-1			★40歳から64歳のかたは診断を受けている 特定疾病名を記入			
		※該当に○(地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・指定介護療養型医療施設・介護医療院)						

※2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入(医療保険証のコピー添付)

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、志木市から地域包括支援センター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同意書に同意します。
同意しないときは、志木市から地域包括支援センターに結果を伝える

調査情報等をケアマネジャー等へ提示することの
同意署名欄(本人または家族が記入)

本人氏名を家族が代筆した場合、本人との関係を
氏名の横に記入

本人氏名	志木 太郎
代筆者氏名	(志木 花子・長女)