

記載例

介護保険 要介護認定・要支援認定区

申請書を提出する日  
(その日が区分変更日になります)

南房総市長 宛

資格確認証またはマイナンバーカードの照会内容を転記してください。

申請年月日 令和 ×年 ×月 ×日

9 9 9 9 個人番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2

被 保 険 者	医療 保 険	保険者名	〇〇〇後期高齢者医療広域連合		保険者番号	3 9 1 2 2 3 4 6				
		被保険者 記号・番号	記号		番号	1 2 3 4 5 6 7 8			枝番	
		フリガナ	ナンソウ ハナコ			生年月日	昭和〇年〇月〇日			
		氏名	南総 花子			性別	女			
		住所	〒294-8701 南房総市谷向〇〇番地			電話番号	0470-36-XXXX			
		前回の要介護 認定の結果等	要介護2							
		有効期限	令和8年4月1日から 令和9年3月31日							
		変更申請の 理由	状態の悪化			変更理由を記載してください。 (状態の悪化、状態の改善等)				
		過去6月間の 介護保険施設、 医療機関等 入院、入所の 有無	介護保険施設等の名称等・所在地 特別養護老人ホーム〇〇 南房総市谷向〇〇〇番地			期間	令和〇年〇月〇日～令和〇年〇月〇日			
		有・無	〇			現在、介護保険施設等に入所または医療機関 に入院している場合に、名称、所在地、期間 を記載してください。				

提 出 代 行 者	名称	該当に〇 (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)		
		居宅支援事業所 〇〇		

主治医の氏名(1名)と医療機関名(1か所)を記載してください。

主 治 医	主治医の氏名	〇〇 〇〇		医療機関名	△△病院	
	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇		電話番号	0470-36-XXXX	

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	脳血管疾患	46歳から64歳までの方は必ず記載してください。
-------	-------	--------------------------

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、主治医意見書、南房総市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、南房総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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する(地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。)ことに同意します。

上記内容に同意する場合は、被保険者の署名をしてください。(代筆可)

本人氏名

南総 花子