

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  
次のとおり申請します。

申請者氏名	南総 太郎	申請年月日	R3年10月〇〇日
申請者住所	〒294-8701 南房総市谷向100番地	本人との関係	子
		電話番号	0470 (36) 1152
		連絡先 電話番号	( )

医療保険証から転記してください。  
後期高齢者医療保険の場合は、  
記号・枝番の記載は不要です。

個人番号（マイナンバー）を記入してください。

被保険者番号	0000099999	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
医療保険	保険者名 南房総市	保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 0
	被保険者証 記号 1 2 3	番号	4 5 6 7
		枝番	0 0
フリガナ	ナンソウ ハナコ	生年月日	昭和20年1月1日
氏名	南総 花子	性別	
住所	〒294-8701 南房総市谷向100番地		
現在の要介護状態区分等	要介護1		
変更申請理由	令和2年6月1日～令和4年5月31日 状態の悪化・その他		

印字されている被保険者名等に間違いがないか確認ください。印字がない場合は、介護保険被保険者証から転記してください。

変更理由を○で囲んでください。

介護保険施設等の名称等	特別養護老人ホーム〇〇	期間	令和2年〇月〇〇日 ～ 令和3年〇月〇〇日
所在地	南房総市谷向〇〇〇番地		
介護保険施設等の名称等		期間	年 月 日
所在地			
療機関等入院入所の有無			
所在地			
療機関等の名称等			
所在地			
有 無	〇〇病院	期間	令和3年〇月〇〇日 ～ 現在 年 月 日
	南房総市谷向〇〇〇番地		

介護保険施設、医療機関に入所（入院）している場合に名称、所在地、期間を記入してください。

主治医	主治医の氏名	医療機関名
	所在地	電話番号 ( )

主治医の氏名と医療機関名を記入してください。

2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	40歳から64歳までの方は必ず記入してください。
-------	--------------------------

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・要支援認定に係る調査内容、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、南房総市から地域包括支援センター、居宅介護（介護予防）支援事業者、居宅（介護予防）サービス事業者、地域密着型（介護予防）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又は提供することに同意します。

本人 南総 花子 代筆者 南総 太郎 本人との関係 (子)

同意する場合は、被保険者の署名をしてください。本人の記入が困難な場合は、代筆者が被保険者と両方の署名をしてください。