

本申請書は「介護保険被保険者証」(原本)と「認定調査にあたって確認票」(別紙)とともにご提出ください。

新規・要支援者要介護新規
区分変更 更新・転入

申請年月日は窓口受付日となります。(郵送の場合は受領日)

いずれかに○

申請年月日

令和7年 12月 20日

介護保険被保険者番号	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6	個人番号		
医療保険保険者記号・番号	保険者		「個人番号」記載不要。 「医療保険」情報は2号(65歳未満)のみ記載	
被保険者	フリガナ	カワチ タロウ	生年月日	昭和 20年 1月 1日
	氏名	河内 太郎	性別	男
被保険者	住所	〒586-0000 河内長野市●町●—●	電話番号	0721-50-0000
被保険者	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	令和7年 1月 6日 から 令和8年 1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)	
被保険者	過去6ヶ月の介護保険施設、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
	有・無	介護 医療 医療	期間	年 月 日～年 月 日
提出代行者	名称	該当に○(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・)	「はい」の場合、申請日 年 月 日	
	住所	河内 花子(妻)		
主治医	主治医の氏名	大阪 夢子	医療機関名	○×△病院
	所 在 地	〒586-0000 河内長野市本町●—●	電話番号	0721-51-0000
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			2号被保険者(40歳から65歳までの医療保険加入者)のみ記入してください。	
特定疾病名				

介護サービス計画の作成等必要がある時は、要介護・要支援認定にかかる調査内容、主治医意見書、介護認定審査会の判定結果・意見を、河内長野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に同意します。また更新申請について、現在の有効期間内に結果ができることが見込まれる場合、延期通知の送付は必要ありません。

上記の文章をお読みになり、同意される場合には、本人のご署名をお願いします。

本人氏名

河内 太郎