記入例

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○

河内長野市長　様

次のとおり申請します。　　申請年月日　令和７年 12月　20日

被保険者	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 保険者名		保険者		
	医療保険 被保険者記号・番号	記号		番号	
	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	
	住所	〒 ５８６－〇〇〇〇 河内長野市●町●―●	電話番号０７２１－５０－〇〇〇〇		
	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) はい　・　いいえ 「はい」の場合、申請日　年　月　日		
	過去６月間の介護保険施設、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		
		介護	期間　年　月　日～　年　月　日		
	有・無	医療			
		医療			

ご家族が申請に来られる場合、「続柄」のご記入もお願いします。本人の場合は、記載不要です。

「主治医」とは、本人が日頃から診てもらっており、本人の状態を一番把握できている医師のことです。少なくとも申請の１ケ月以内に受診していることが、望ましいです。

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・介 河内　花子（妻）
	住所	〒586－〇〇〇〇 河内長野市●町●―●　　電話番号　０　－２２２２－〇〇〇〇

主治医	主治医の氏名	大阪　夢子	医療機関名	〇×△病院
	所在地	〒 ５８６-〇〇〇〇 河内長野市本町●―●	電話番号０７２１－５１－〇〇〇〇	

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介護保険事業の適切な運営のために必要があると
審査会による判定結果・意見、主治医意見書、河内長野市が提供を受けた介護サー
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、河内長野市か
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
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
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。また更新申請について、現在の有効期間内に結果がで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。

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。

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