

記入例

介護保険

要介護認定・要支援認定
要介護更新認定・要支援更新認定

申請書

木曾広域連合長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和8年4月1日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号	0012345678	個人番号											
	医療 保険	保険者名	保険		個人番号(マイナンバー)は、 記入不要です。									
	被保険者 記号・番号	記号	番号											
	フリガナ	コウイキ タロウ		生年月日	昭和7年10月6日									
	氏名	広域 太郎		性別	男 ・ 女									
	住所	〒399-6101 木曾郡木曾町日義4898番地37		電話番号	0264-23-1050									
	前回の要介護 認定の結果等	*要介護・要 み記入		要介護状態区分 1・2・3・4・5	要支援状態区分 1・2									
	前回の要介護 認定の結果等	※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			
	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								
	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無	医療機関等の名称等・所在地		期間		令和7年10月6日 ~ 令和8年3月1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・介護老人保健施設・介護医療院)									
	住所	〒 電話番号									

主 治 医	主治医の氏名	〇〇 〇〇 医師		医療機関名	〇〇〇〇病院				
	所在地	〒 〇〇〇〇-〇〇〇〇		〇〇〇町□□□□番地		電話番号 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇			

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

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・要支援認定を受けた被保険者が取得した心身の状態等の情報を、木曾広域連合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、主治医意見書提供関係人）に提供し、介護情報基盤経由で電子的に提出する。

40歳から64歳の医療保険加入者の場合は、特定疾病名をご記入ください。

本人が署名できない場合は、代筆者の署名をお願いいたします。

本人氏名 広域 太郎
代筆者氏名 広域 次郎（長男）