

介護保険被保険者証を添付してください。
郵送の場合は写しで可。

65歳以上で更新の申請もしくは要支援からの区分変更申請をする時の記入例です。裏面も記入してください。

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
65歳以上

(宛先)

【一般用】

枚方市長
次のとおり申請します。

介護保険被保険者証(サーモンピンク色)から転記してください。

申請年月日		年	月	日
被保険者番号	0 0 0 0 9 9 9 9 9 9	個人番号	9	左下の※を参照してください 9 9
医療保険	保険者名	※番号がわからないなど、未記入の場合でも申請を受付します		
	被保険者証			
フリガナ	カイゴ ハナ	生年月日	明・大・昭	〇〇年〇〇月〇〇日
氏名	介護 はな	性別	男	・ (女)
住所	〒573-8666	電話番号	072-841-0000	
	枚方市大垣内町2丁目〇番〇号			
現在の要介護状態区分等	現在認定を受けている場合のみ記入	1 2 3 4 5	要支援1	要支援2
	有効期間	年 月 日から 年 月 日まで		
該当されている場合、記入してください	14日以内に他自治体から転入した場合のみ記入	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。 (すで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		
現在入所(入院)している施設	施設名	くらわんか病院	入院中または施設入所中の場合に記入してください	
	所在地	〒573-0027	電話番号 072-8××-1234	
	枚方市大垣内町2丁目××番			

提出代行者	名称	()地域包括支援センター ()指定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 ()指定介護療養型医療施設 ()介護医療院
	所在地	〒
本人・家族等は記入不要です		

かかりつけ医を氏名とも記入してください。記入は1人、直近に受診歴があり医師が意見書の記入ができる状態

主治医	主治医氏名	枚方 太郎	医療機関名	くらわんか病院 ()科
	所在地	〒573-0027	電話番号	072-8××-1234
	枚方市大垣内町2丁目××番			

認定調査票及び主治医意見書が、介護サービス計画に利用されることへの同意確認です

※番号がわからないなど、個人番号が未記入でも申請を受付します。
個人番号が記入されている場合は、番号確認のため個人番号カード等と本人確認のため運転免許証・被保険者証等の書類が必要となります。
代理人が申請する場合は、被保険者の個人番号カード等と代理権確認のため委任状等と代理人確認のため運転免許証等の写真の表示がある証明書が

適切な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る及び主治医意見書を、枚方市から地域包括支援センター、居宅介護支援施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した

被保険者(本人)氏名 介護 はな

委任状

枚方市長

委任者氏名 介護 はな
(被保険者)

私(委任者)は、下記の者を代理人として、介護保険要介護認定・要支援認定の申請に関する権限を委任します。

【代理人】

ご本人に代わり、委任を受けて介護認定をする場合に必要です。
(例) 家族、指定居宅介護支援事業所等以外の施設職員、民生委員、知人等

住所

氏名

電話番号

委任者との関係

※認定調査についてご記入ください。

認定調査に同席を希望されますか。

希望する 希望しない

(フリガナ)

● 同席者氏名 介護 一郎 (続柄: 夫)

● 連絡先(昼間連絡の取れる電話番号をご記入ください)

TEL 090 (1234) 1234

● その他、調査についての連絡事項

- ◆ 認定調査を行うにあたって場所・注意事項を記入下さい
- ・ 日程調整の連絡を行うための電話が繋がりやすい時間
- ・ 調査は平日の業務時間内で日程調整を行います。希望する時間帯があれば
- ・ 入院中の場合は、病棟名と病室番号
- ・ 転院予定があれば
- ・ 病気に関して伝えたいことがあれば

● 退院日未定 退院予定日 (月 日)

・同席の確認は、必ず記入して下さい。
・可能な限り、家族の同席をお願いします。
・本人申請の場合でも、記入して下さい。

枚方市記入欄

受付入力	申請入力