

記入例

檜葉町長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 7 年 7 月 7 日

1 介護保険被保険者番号 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 個人番号 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2

3 被 保 険 者	医療保険	保険者名	保険者番号	
	医療保険	被保険者記号・番号	記号	番号
		フリガナ	ナラハ タロウ	
		氏名	生年月日	年 月 日
			性別	男 ・ 女
		住所	檜葉町 大字北田字鐘突堂 5 番地の 6	
			電話番号 000-0000-0000	
		前回の要介護認定の結果等	有効期限 から	
		変更申請の理由	大腿骨骨折のため	
		過去6月間の介護保険施設、医療機関等入院、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
		介護保険施設等の名称等・所在地	期間 年 月 日 ~ 年 月 日	
		医療機関等の名称等・所在地 △△△病院 (△△市△△町△△番地)	期間 7 年 1 月 25 日 ~ 7 年 2 月 8 日	
	有 ・ 無	医療機関等の名称等・所在地 □□□病院 (□□市□□町□□番地)	期間 7 年 6 月 7 日 ~ 年 月 日	

4 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	柚子田 三郎	医療機関名	×××病院
	所在地	〒 ××× - ×××× ××市××町××番地 電話番号 ×× - ×××× - ××××		

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・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書、檜葉町が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事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、檜葉町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、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する(地域支援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。

本人氏名 檜葉 太郎 5

1 介護保険被保険者番号

介護保険被保険者証に記載されている被保険者番号を記入してください。

わからなければ空欄でも構いません。

2 個人番号

マイナンバーカードに記載されている個人番号を記入してください。

わからなければ空欄でも構いません。

3 住所

住民票に記載されている住所を記入してください。

4 提出代行者

申請をする被保険者ではない者が代理で申請書を提出する場合は記入してください。

5 署名

申請をする被保険者の氏名を記入してください。 ※ 印字不可

本人が署名を行えない場合は、代筆でも構いません。

6 第二号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）

申請者が第二号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）の場合は、医療保険欄と特定疾病名を記入してください。