

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

該当する申請区分に☑をしてください

北広島町長 様

次のとおり申請します。

申請年月日：令和 8 年 7 月 23 日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号	0000012345	個人番号																		
	医療 保険 被保険者 記号・番号	※こちらの欄は、記入の必要はありません。 40歳以上65歳未満の方（第2号被保険者）のみ記入してください。																			
	フリガナ	キタヒロシマ タロウ										生年月日	昭和22年4月1日								
	氏名	北広島 太郎										性別	男								
	住所	〒731-1500 北広島町000 △△△番地 電話番号 000-000-000																			
	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1 有効期限 令和7年8月1日から令和8年7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																	
		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 特別養護老人ホーム 00000 北広島町000 △△△番地										期間	R6.3.1~R8.4.14						
	有 ・ 無	介護保険施設等の名称等・所在地										期間	~								
		医療機関等の名称等・所在地 000病院 北広島町000 △△△番地										期間	R8.4.15~入院中								
		医療機関等の名称等・所在地										期間	~								

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	事業者等が提出を代行する場合に記入してください。 電話番号																	

主治医	主治医の氏名	00 000										医療機関名	0000病院							
	所在地	〒000-000 北広島町000 △△△番地										電話番号	000-000-000							

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																		
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※申請は、郵送でも受け付けます。
【郵送先】 〒731-1595 広島県山県郡北広島町有田1234番地
北広島町役場 福祉課（介護保険係）

要
介
及
び
シ
ン
タ
若
し
た

必要事項を記入後、被保険者証（黄色）を添えて提出してください。

本人氏名： 00 000 連絡先氏名： 00 000 （本人との関係： 子 ）

連絡先住所： 北広島町000 △△△番地

連絡先 電話番号： 000-000-000 ※日中連絡のとれる電話番号を記入して

申請後、調査を行います。
どちらかに☑をしてください。※調査時の立会いを ☒希望する ☐希望しない