

水色の介護保険証に記載の番号をご記入ください。

裏面あり

申請年月日 令和〇〇年 〇月 〇日

被保険者番号	0 0 0 0 0	個人番号		
医療保険	保険者名	〇〇町 / 〇〇〇連合	保険者番号	◆◆◆◆◆
	被保険者証	記号 〇〇〇〇	番号	△△△△△△ 枝番 ◇◇
被氏	健康保険被保険者証情報をご記入ください。 わからない場合、記入がなくても申請をお受けできます。		生年月日	
			性別	男 ・ 女
保住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 奥多摩町 〇〇 〇〇番地 電話番号 〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇			
除	前回の要介護認定の ※要介護認定の場合のみ記入 現在、施設に入所中または病院に入院中の方は必ず記入してください。			
者	過去6月間の介護保険施設・医療機関等入院入所の有無	介護保険施設の名称等・所在地 特別養護老人ホーム〇〇〇〇 入所中	期間 〇年 〇月 〇日～ 年 月 日	
		介護保険施設の名称等・所在地	期間 年 月 日～ 年 月 日	
		医療機関等の名称等・所在地 〇〇〇〇病院 入院中	期間 〇年 〇月 〇日～ 年 月 日	
	①・無	医療機関等の名称等・所在地	期間 年 月 日～ 年 月 日	

申請者氏名	奥多摩 太郎	本人との続柄	長 男
申請者住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇〇丁〇〇番地 電話番号 〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇		
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・指定介護療養型医療施設) 印		

主治医	主治医の氏名	〇〇〇〇医師	医療機関名	〇〇〇〇〇病院
	所在地	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇〇丁〇〇番地 電話番号 〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇		

2号 現在、通院または入院している病院名と先生の名前を記入してください。
(病院の先生に記入していただく必要はありません。)

特定疾病名	被保険者証記号番号
-------	-----------

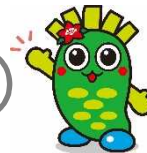
介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営の
 にかかる調査内容 介護認定審査会による判定結果・意見
 センター等事業者若し
 職員が個人番号の確認をさせていただきます。同意していただける方は、お名前
 を記入してください。

介護サービス計画を作成するなど、関係機関への
 情報提供に同意していただける場合は**必ずご本人様のお名前をご記入ください。**
 代筆された場合は、代筆された方のお名前を下段
 にご記入ください。

職員が個人番号の確認、記入をすることに同意します。
 本人名 **奥多摩花子** 代筆 **奥多摩太郎**

被保険者本人氏名 **奥多摩 花子**
 代筆者氏名 **奥多摩 太郎**

● 下記 ① ~ ③ 番の記入をお願いします ●



記入例

①

後日、本人のお身体の様子を確認するため調査員が訪問します。
その時、どなたか同席しますか？

同席します→(下記の記入をお願いします) 同席しません

同席する人	※ 本人のいつもの様子を知っている方をお願いします。 ふりがな おくたま たろう 氏名 奥多摩 太郎 本人との関係 (長男)
電話番号	※ 昼間、連絡が取れる電話番号をお願いします。後日、調査員から電話があります。
訪問希望日	※ 入院中・施設入所中の場合は面会状況をご確認の上ご記入ください。

②

介護度の判定が終わると、結果のお知らせと介護保険証が発行されます。
どちらに送ればいいですか？

本人あてに送る 希望する送り先あり→(下記に記入をお願いします)

あて名	氏名 奥多摩 太郎 本人との関係 (長男)
住所	〒0000-0000 〇〇市〇〇町〇〇丁〇〇番地
電話番号	〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇

③

今回、判定された介護度には有効期限があります。有効期限が近づきましたら、
お知らせを送ります。 どちらに送ればいいですか？

本人あてに送る 上記 ② で記入した送り先と同じところ

【メモ】

お問い合わせ

書類の書き方がわからない場合は、いつでもお問い合わせください

奥多摩町 福祉保健課 地域支援係

☎ 0428-83-2777 (介護認定担当)

