

**記入例**

介護保険

要介護認定・要支援認定

申請書

要介護更新認定・要支援更新認定

申請者名は、本人、家族、  
成年後見人のみとなります。

申請年月日 ○年 ○月 ○日

申請者氏名	世田谷 次郎		本人との関係	夫
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・介護医療院)			
申請者住所 *本人申請の 場合は記載不 要	154-0000 世田谷区世田谷4-21-27	電話番号 自宅 03-0000-0000	勤務先・携帯	03-0000-0000

ケアマネージャーが代行申請する  
場合のみ、ご記入ください。

認 定 を 受 け る 人	被保険者番号 (10桁)	0000000000		個人番号 (12桁)	000000000000	
	フリガナ	セタガヤ ハナコ				
	本人氏名	世田谷 花子				
	生年月日	○○ ○○年 ○月 ○○日 (○○) 歳				
	住所 (住民票上の)	〒154-0000 世田谷区世田谷4-21-27		電話番号 自宅	03-0000-0000	
	上記住所以外で 現在滞在してい る場所	〒154-0000 世田谷区若林1-2-3 老人保健施設せたがや		電話番号	03-0000-0000	
	前回の要介護 認定の結果等 *更新申請の 場合のみ記入	要介護状態区分等	要介護2			
		有効期間	○年 ○月 ○日 から ○年 ○月 ○日 まで			
	介護保険施設 入所の有無 (短期入所を除く)	有 無	入所施設名	老人保健施設せたがや		
			所在地	〒154-0000 世田谷区若林1-		
			入所の期間	○年 ○月 ○日 から ○年 ○月 ○日 まで		

個人番号(マイナンバー)を  
記入してください。

住民票住所以外に滞在されている場合、  
滞り場所をご記入ください。  
入院中の時は病院名、病院所在地、部  
屋番号をご記入ください。

わからない場合は病院へ確認してください。  
入院している場合は「入院中」とご記入ください。

主 治 医	主治医の氏名	成城 和夫		最新受診日	○年 ○月 ○日	
	医療機関名	成城総合病院				
	所在地	〒157-0000 世田谷区成城1-1-1		電話番号	03-	

主治医に相談の上、意見書記載の承諾を得て  
から、ご記入ください。\*なお、おおむね2ヶ月  
以上受診がない場合は、受診してください。

医 療 保 険	保険者名	世田谷区		保険者番号	138123		
	被保険者証 記号	000		番号	000000		枝番

特定疾病名 ※第2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)のみ記入

内容を確認いただき、  
忘れずに、本人氏名をご記入ください。

**ほかの必要書類**

- ・介護保険被保険者証(原本)
- ・マイナンバーカード(または通知カード)の写し
- ・要介護・要支援認定調査に伴う連絡票
- ・医療保険被保険者証の写し(40~64歳までの方のみ)

意見書を世田谷区から地域包括支援センターへ提出し、居宅介護

本人氏名 世田谷 花子

3点	代理権
キャッシュ・クレカ・通帳 シルバーパス・診察券・図書カ ( )	戸籍・委任状 証・更新通知 ( )