

記入例

て
します

申請者氏名	世田谷 次郎	申請年月日	○年 ○月 ○日
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)	本人との関係	夫
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

申請者名は、本人、家族、
成年後見人のみとなります。

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		
	現在の要介護 状態区分等	要介護状態区分等	要介護2	
変更申請の理由	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。

区分変更申請をする理由を
具体的に記入してください。

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	00

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。

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必要が

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)

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 ()