

申請書の記入欄は以下の書類等を参考に記入してください。

- ・介護保険被保険者番号：介護保険被保険者証
- ・個人番号：マイナンバーカード、通知カード
- ・医療保険：資格情報のお知らせ、資格確認書

健康保険証利用登録したマイナンバーカードであればマイナポータル

【申請書記入例】

様式第18号(第2条、第26条、第73条、第74条関係)

わからない等、記入が  
困難な場合は、空欄で  
も提出できます。

社会保険加入の方、後  
期高齢者医療保険加入  
で上三川町に住民登録  
がない方は記入。(そ  
れ以外の方は記載を省  
略できます。)

認定を受けたい方(住  
所は住民登録のあると  
ころ)

申請時点から過去6か  
月の入院入所の有無に  
○をする。有の場合は  
施設名称と期間を記入。

日頃よくかかっている  
医療機関と医師の名前  
を記入。(入院中の場  
合は入院している医療  
機関名等)※長期間受  
診しておらず意見書が  
記入できない場合は、  
受診をお願いする場  
合があります。

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	
栃木県河内郡上三川町上三川 様					
次のとおり					
介護保険被保険者証に記載の8ケタの番号					
介護保険被保険者番号		〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇		個人番号	
医療保険被保険者番号		〇〇健康保険組合		保険者番号	
記号		〇〇〇		番号	
枝番		〇〇		〇〇	
フリガナ		カミノカワ タロウ		生年月日	
氏名		上三川 太郎		昭和〇〇年 〇月 〇日	
住所		〒329-0000		性別	
要介護・要支援更新認定の場合のみ記入		要介護状態区分 1 2 3 4 5		要支援状態区分 1 2	
有効期間		令和 年 月 日から 令和 年 月 日			
前回の要介護認定の結果等		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。	
※14日以内に他自治体から転入した者のみ記入		「はい」の場合、申請日 年 月 日		はい ・ いいえ	
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		期間 年 月 日 ~ 年 月 日	
〇・無		〇〇病院 上三川町上三川〇〇〇〇番地		期間 年 月 日 ~ 年 月 日	
		医療機関等の名称等・所在地		期間 年 月 日 ~ 年 月 日	
		〇〇〇〇〇〇番地		期間 年 月 日 ~ 年 月 日	
		医療機関等の名称等・所在地		期間 年 月 日 ~ 年 月 日	
提出代行者		名 称		ケアマネージャーや入所施設が代行申請する場合に事業所名等を記入	
		住 所		電話番号	
主治医		主治医の氏名		〇〇 〇〇	
		所在地		〒329-0000	
		上三川町上三川〇〇〇〇番地		電話番号 〇〇-〇〇〇〇	
第二号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)のみ記入					
特定疾病名		40歳から64歳の方は特定疾病名を記入(わからない場合は主治医に確認)			
介護サービス計画又は介護予防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、及び主治医意見書を上三川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若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。					
本人氏名		上三川 太郎			
代筆		上三川 一郎(子)			

本人が記入する場合は、本人氏名欄に署名。本人が記入できない場合、本人氏名を代筆し、代筆者氏名と本人との関係を記入。

【記入例】

この連絡票は、訪問調査を実施するに当たり事前に確認が必要な事項について伺うものです。  
該当するところに記入または✓をしてください。  
この連絡票を基に訪問調査の調整等させていただきますので、ご協力をお願いします。

《町処理欄》				
被保険者証 □ 有	資格者証発行 □ 済	医療保険情報確認 □ 済	介護保険料確認 □ 済	調査連絡調整（調査員記入） 月 日 対応者：