

記入例（新規申請）

個人番号（マイナンバー）を記入
分からない場合は、記入不要

次のとおり申請します。

申請年月日 ○年 ○月 ○日

介護保険 被保険者番号	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6	個人番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
医療保険 加入している医療保険の名称等を記入 医療保険によっては、記号・枝番がない場合があります。	保険者名 埼玉県後期高齢者医療広域連合	保険者番号 番号 〇〇〇〇〇〇	枝番
フリガナ	フジミノ ハナコ	生年月日	昭和12年3月4日
氏名	ふじみ野 花子	性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女
住所	〒356-8501 ふじみ野市福岡1-1-1 電話番号049-000-0000		
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	要介護状態区分 1 2 3 4 5 要支援状態区分 1 2 有効期限 令和 年 月 日 から 令和 年 月 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 年 月 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	期間	
	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	期間	
①・無	〒000-0000 ふじみ野市〇〇町〇〇-〇〇 △△病院	〇年 〇月 〇日 ~ 〇年 〇月 〇日	
	医療機関等の名称等・所在地	期間	

過去6か月以内に入院、施設入所等があった場合は記入

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） ふじみ野 太郎（長男）		
住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 ふじみ野市〇〇町〇〇-〇 電話番号03-000-0000		

本人以外の方が申請する場合は提出代行者を記入
(家族提出の場合も記入してください。)

主治医	主治医の氏名	ふじみ野 一郎	医療機関名	△△病院
	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 ふじみ野市〇〇町〇〇-〇〇 電話番号04-000-0000		

現在、定期的を受診している医療機関の主治医（フルネーム）

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	
-------	--

介護保険被保険者証をお持ちの場合は、申請時に提出してください。

第2号被保険者（40～64才まで）が申請する場合、介護保険の対象となる特定疾病名を記入

申請書の氏名欄の上に記載されている内容に同意される場合、被保険者の署名をお願いします。

本人氏名
ふじみ野 花子