

# 在宅介護費受給者認定申請書

被保険者（申請者）記入用

下記の事由に該当するため、申請します。

申請日 年 月 日

被 保 險 者 情 報	被 保 險 者	記号 (1か2か3)	番号 (06270748ではありません) (右づめ)	記号番号が分からない場合は個人番号 (マイナンバー) を記入してください									
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	氏 名	(フリガナ)										生年月日 年 月 日	
		<input type="text"/>										<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	
住 所	(〒 - ) 都 道 府 県												
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( )											

在 宅 介 護 を 受 け て い る 方	氏 名		続 柄		生年月日 年 月 日	
					<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	
	住 所					
主 に 介 護 を し て い る 方	氏 名		続 柄		生年月日 年 月 日	
					<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	
	住 所					
申 請 内 容	在宅介護を始めた日		年 月 日 頃			
	病名		発病または負傷の 年月日	年 月 日		
	発病または負傷の原因					
	病院または診療所の入院期間		年 月 日 から		年 月 日まで	
	入院した病院または診療所の名称 と電話番号		TEL ( )			
	老人ホームの入所期間		年 月 日 から		年 月 日まで	
	入所した老人ホームの名称 と電話番号		TEL ( )			
	過去に受給者認定の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
(受給者認定の有の場合) 過去の受給期間		年 月 日 から		年 月 日まで		

添付書類 介護保険被保険者証の写し

大阪瓦斯健康保険組合

健保受付日付印