

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

美馬市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 〇年 〇月 〇日

介護保険 被保険者番号	● ● ● ● ● ● ● ● ● ●	個人番号	● ● ● ● ● ● ● ● ● ●		
医療保険 被保険者名	▲▲▲▲▲▲▲▲		保険者番号	▲▲▲▲▲▲▲▲	
被保険者証	記号	▲▲▲▲▲▲▲▲	番号	▲▲▲▲▲▲▲▲	
フリガナ	ミマ タロウ		生年月日	昭和 〇年 〇月 〇日	
氏名	美馬 太郎		性別	男 ・ 女	
住所	〒 777-8577 美馬市穴吹町穴吹字九反地5番地		電話番号	0883-52-5605	
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
	有効期間	令和 〇年 ▲月 ▲日 から 令和 ×年 〇月 〇日まで			
	※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。 はい・いいえ (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」の場合、申請日 年 月 日			
介護保険施設 入院・入所の 有無	有	入院・入所施設名	特別養護老人ホーム ●●●		
	無	所在地	美馬市美馬町字天神121番地		
		介護保険施設以外の入院医療機関名・入所施設名			
		所在地			

申請者氏名	美馬 花子	本人との関係	妻
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	〒 777-8577 美馬市穴吹町穴吹字九反地5番地		電話番号 0883-52-5605

主治医	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒		電話番号

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

特定疾病名	
-------	--

①私は、介護サービス計画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・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見書を美馬市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若しくは介護保険施設の関係人、主治医等に提出することに同意します。

②(更新申請時) 2号被保険者(40歳～64歳)の方のみ特定疾病の記載と医療保険の被保険者証のコピーが必要です。

本人氏名 美馬 太郎  
代筆者氏名 美馬 花子  
(続柄) 妻