

【記入例】

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
() 要介護認定変更・要支援認定変更

申請書

熊本県宇城市長 様
次のとおり申請します。

申請年月日 令和○年○月○日

被 保 険 者	被保険者番号		1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	個人番号	ご記入の必要はありません。														
	医 療 保 険	保険者名												保険者番号														
		被保険者証												番号												枝番		
	フリガナ		ウキ タロウ										生 年 月 日		明・大・ ☒ 4年7月20日													
	氏 名		宇城 太郎										性別		男 ・ 女													
	住 所		〒869-0592 宇城市松橋町大野85番地										電話番号 (0964) 32 - 1111															
	前回の要介護認定の結果等		要介護状態区分 1 ☒ 3 4 5 要支援状態区分 1 2																									
			有効期限 ○年○月○日 から ○年○月○日 * 以前介護認定をお持ちであれば、認定期間と介護度の記入をお願いします。																									
	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・医療機関等の名称等・所在地 △△病院										期間 ○年○月○日～ ○年○月○日															
	☒ ・ 無		介護保険施設・医療機関等の名称等・所在地 有料老人ホーム □□□□										期間 ○年○月○日～ ○年○月○日															
		* 施設入所の年月日の記入をお願いします。																										
変更理由 (変更申請の場合)		* 区分変更の際は記入必須となります。前回との違いを記入してください。例)脳梗塞により入院。以前は杖歩行可能で食事・排泄は自立していたが、現在はほぼ寝たきりで、食事・排泄に介助が必要となっている。																										

申 請 者	宇城 花子	被保険者との関係	子
申請者住所	〒860-0000 熊本市中央区○○3丁目△-17 電話番号 (090) 0000-1111		
提出代行者 (事業者名)	* 事業所の代理申請の場合のみ、必要となります。		

主 治 医	主治医の氏名	介護 一郎	医療機関名	○○○病院
	所 在 地	〒860-0000 下益城郡○○町□□□121 電話番号 (0964) 44 - 1111		

第2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	* 40歳から64歳の方は記入してください。医療保険証のコピーも必要となります。
-----------	--

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、宇城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及び更新申請において、認定有効期間内に要介護・要支援認定が行われる場合は申請から30日を超える処分までの処理見込期間とその理由の通知（延期通知）を省略することに同意します。

本人氏名 宇城 太郎

代筆者氏名 宇城 花子