

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

記入例

宇城市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 **令和〇年〇月〇日**

被 保 険 者	介護保険 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	ご記入の必要はありません。												
		被保険者 記号・番号	ご記入の必要はありません。												
		フリガナ	ウキ タロウ						生年月日	昭和〇年〇月〇日					
		氏名	宇城 太郎						性別	男					
		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・要 支援更新認 定の場合の み記入	有効期限 令和〇年〇月〇日 から 令和〇年〇月〇日											
			※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 [〇〇市] 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 令和〇年〇月〇日											
		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 有料老人ホーム □□□□	期間	令和〇年〇月〇日～令和〇年〇月〇日										
			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 △△病院		期間	令和〇年〇月〇日～令和〇年〇月〇日											
	有 無	医療機関等の名称等・所在地	期間	～											

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) □□□ / *事業所以外は申請者氏名及び続柄を記入。									
	住所	〒〇〇〇-〇〇〇 宇城市〇〇町□□□△△番地 電話番号 0964-12-3456									

主 治 医	主治医の氏名	介護 太郎				医療機関名	〇〇〇病院			
	所在地	〒860-0000 上益城郡〇〇町□□□121 電話番号 0964-44-1111								

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	*40歳から64歳の方は記入してください。
-------	------------------------------

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に同意します。

本人氏名 **宇城 太郎**
代筆者指名 **宇城 花子**