

4 7 2 1 4 2

□ □ □ □ □ □ □ □ □ □

0 5

0 0 0 1

要介護認定・要支援認定
介護保険 申請書
(新規 ・ 更新 ・ 区分変更)

宮古島市長 様 次のとおり申請します。

申請年月日

年 月 日

医療 保険	保 険 者 名				保険者番号				
	被 保 険 者 証	記号		番号		枝番			
被 保 者	個 人 番 号				生年月日	年 月 日 () 歳			
	フ リ ガ ナ				電 話 番 号				
	氏 名					性 別	男 ・ 女		
	住 所	〒							
	前 回 要 介 護 等 認 定 の 結 果	要 介 護 状 態 区 分	要 介 護 状 態 区 分 1 2 3 4 5			要 支 援 状 態 区 分 1 2 非 該 当			
		有 効 期 限	年 月 日 ~			年 月 日			
過 去 6 ヶ 月 間 の 医 療 ・ 施 設 等 入 院 ・ 入 所 有 無	有	医療機関等の名称等・所在地			期 間				
	無				年 月 日 ~ 年 月 日				
変 更 理 由 (区 分 変 更 の み 記 入)									
提 出 代 行 者	フ リ ガ ナ				被 保 険 者 と の 関 係				
	氏 名 又 は 名 称	該当に○(地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設・介護医療院)							
住 所	〒			電 話 番 号					
訪 問 調 査	立 会 人 氏 名				被 保 険 者 と の 関 係				
	調 査 場 所				電 話 番 号				
	希 望 日								
主 治 医	医 療 機 関 名				主 治 医 の 氏 名				
	所 在 地	〒			電 話 番 号				
	最 終 診 察 日	年 月 日			※薬の処方のみで受診がない場合等は近々受診して下さい。				

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、宮古島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、及び介護申請について申請日から30日を超えた場合、市からの延期通知を省略することに同意します。

本人氏名
(署名)

又は

代筆者氏名
(署名)

(関係:)