

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

糸満市長 殿
次のとおり申請します。

被保険者番号	0 0 0 1 2 3 4 5 6 7	申請年月日	令和2年4月1日
個人番号			
フリガナ	イトマン タロウ	生年月日	明・大(昭) 20年1月1日
氏名	糸満 太郎	性別	男・女
住所	〒901-0392 糸満市潮崎町1丁目1番地 電話番号 840-8133		
前回の要介護認定結果等	要介護状態区分 ① 2 3 4 5	要支援状態区分	1 2
※要介護・要支援更新認定の場合のみ記入	有効期限 令和元年6月1日から令和2年5月31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 [] 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		
	過去6月間の介護保険施設・医療機関等入院入所の有無 (有・無)	介護保険施設の名称・所在地 糸満病院	期間

「被保険者番号」、
「前回の要介護認定
結果等」欄は、介護
保険被保険者証を参
考にしてください。

過去6か月以内に医
療入院もしくは介護
施設入所歴のある場
合は記入してくださ
い。

申請者氏名	糸満 花子	印	本人との関係	娘
提出代行者	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	〒901-0392 糸満市潮崎町1丁目1番地 電話番号 090-1234-5678			
認定調査立会人	電話番号 090-1234-5678 立会人氏名 糸満 花子 (続柄: 娘) 調査場所: 自宅			

←申請者が個人の
場合

←申請者がケアマネ
等の場合

←申請者全員

主治医	主治医の氏名	潮崎 糸子	医療機関名	糸満病院
	所在地	〒	電話番号	

主治医はフルネーム
で記入してください。

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

医療保険者名		医療保険被保険者証記号番号	
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、糸満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、及び更新申請について、有効期間内に要介護認定を行えるのであれば申請日から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。

被保険者氏名	糸満 太郎	印
代筆者氏名	糸満 花子	印 (関係: 娘)

被保険者本人の記
名と押印(認印)を
してください。
※代筆の場合は本
人氏名の下に、代
筆者の署名をしな
いでください。