

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 様  
次のとおり申請します。

被 保 険 者	被保険者番号	0001234567			申請年月日	令和4年4月1日		
	個人番号							
	医療 保 険	保険者名	糸満市国民健康保険		保険者番号	00000001		
		被保険者 記号・番号	記号	糸国	番号	00000001	枝番	0
	フリガナ	イトマン タロウ			生年月日	昭和20年1月1日		
	氏名	糸満 太郎			性別	男		
	住所	〒901-0392 糸満市潮崎町1丁目1番地 電話番号：098-840-8133						
前回の介護度 認定結果等	※要介護・要支援更新認定の場合のみ記入 要介護1 有効期間 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。 （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 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等・所在地			期間	年 月 日～ 年 月 日			
	医療機関等の名称等・所在地 ●●病院			期間	令和2年3月1日～ 令和2年3月10日			
申請者氏名	糸満 花子			本人との関係	娘			
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）						
	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		
主治医	主治医の氏名	潮崎 糸子		医療機関名	●●病院			
	所在地	〒			電話番号			

※「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。  
※「医療保険」情報はマ  
イナ保険証または、資格  
確認書を参考にしてくだ  
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。※申請者が個人の場合に  
記入※申請者がケアマネ等の  
場合に記入

※申請者全員記入

※主治医はフルネームで  
記入してください。※第二号被保険者の方は  
特定疾病名を記入してく  
ださい。

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、主治医意見書、糸満市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する（地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。）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、市から延期通知を省略することに同意します。

※被保険者本人の名前を  
記名してください。※代筆の場合は本人氏名  
の下に、代筆者の署名を  
してください。

被保険者氏名 糸満 太郎

代筆者氏名 糸満 花子

(関係：娘)