

介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書 **新規・更新**
 要介護更新認定・要支援更新認定

記入例

※太枠内を記入ください。
 ※申請者が被保険者本人の場合、申請者欄は記載不要

（あて先）登米市長
 次のとおり申請します。

申請者	氏名	登米 花子	本人との関係	妻（家族）
申請者	住所	〒987-0446 登米市南方町新高石浦130番地	電話番号	0220-58-5551
			連絡先電話番号	登米 花子（妻） 携帯090-1111-111
提出代行者	名称	該当に○（地域包括支援センター・居宅介護（介護予防）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）		
提出代行者	住所	〒	電話番号	

申請年月日は窓口提出日を記入願います。
 ※郵便で申請する場合は、投函日を記入願います。（消印日と差があった場合は、確認させて頂く場合があります。）

1.申請者名
 2.本人との関係
 3.申請者住所
 4.電話番号
 5.連絡先電話番号
 を記入願います。
 ※代行申請の際の事業所印は不要です。

介護保険被保険者番号	個人番号					
医療保険被保険者番号	保険者番号					
保険者名	登米市	保険者番号	1111			
被保険者証	記号	み登米	番号	1111111	枝番	

医療保険証の内容をご記入ください。

フリガナ	トメ タロウ	生年月日	昭和6年3月1日
氏名	登米 太郎	性別	男
住所	〒987-0446 登米市南方町新高石浦130番地	電話番号	0220-58-5551

被保険者証等を参考に記入願います。

前回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 要介護4 ○年○月○日 から ○年○月○日
	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	介護保険施設の名称等	期間	年 月 日
有・無	所在地	～	年 月 日
	医療機関等の名称等	期間	年 月 日
	所在地	～	年 月 日

主治医の医師に意見書の作成を依頼することになりますので、主治医の氏名・医療機関名等を記入願います。

主治医氏名	登米 二郎	医療機関名	〇〇〇〇病院
所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 登米市〇〇町〇〇1-1	電話番号	0220-〇〇-〇〇〇〇

別紙「特定疾病一覧表」の中から該当する疾病名を記入願います。

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

- 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、登米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者、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。
- 要介護認定・要支援認定にかかる情報として必要があるときは、施設や医療機関等内の職員から、被保険者の心身の状況等について、登米市及び介護認定調査員が聴取することに同意します。

本人氏名 } 登米 太郎
 代筆者氏名 }
 本人との関係 }
 被保険者本人からの依頼による代筆申請の場合は、
 1.本人氏名（代筆）
 2.代筆者氏名
 3.本人との関係を忘れずに記入願います。

上記1・2に関する同意となります。被保険者本人による署名を忘れずに願います。