

申請書

日

申 請 者	フリガナ				本人との関係	
	氏 名					
	住 所	〒 電話番号				
	調査への 同席者氏名	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ	本人との関係	連絡 先	※日中に連絡が可能なところをご記入ください。 自宅・携帯・勤務先（名称： ） 電話番号	
調査実施場所	<input type="checkbox"/> 被保険者住所 <input type="checkbox"/> 申請者住所 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 入所中 <input type="checkbox"/> その他（ ） ↳ 電話番号					
※入院中の場合は、病棟名・階・号室まで記入（病棟名： 階： 号室： ）						

被 保 険 者	介護保険番号												個人番号											
	医療 保険	保険者名											保険者番号											
		被保険者 記号・番号	記号										番号								枝番			
	フリガナ												生年月日											
	氏名												性別											
	住所		〒		電話番号																			
	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		要介護状態区分 1・2・3・4・5 要支援状態区分 1・2																			
					有効期限 年 月 日 から 年 月 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) <div style="text-align: right;">はい・いいえ</div> <div style="text-align: right;">「はい」の場合、申請日 年 月 日</div>																			
	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 〒										期間 年 月 日 ～ 年 月 日									
介護保険施設等の名称等・所在地 〒										期間 年 月 日 ～ 年 月 日														
医療機関等の名称等・所在地 〒										期間 年 月 日 ～ 年 月 日														
有 ・ 無			医療機関等の名称等・所在地 〒										期間 年 月 日 ～ 年 月 日											

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	〒 電話番号

主 治 医	主治医の氏名		医療機関名	
	所 在 地	〒 電話番号		

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	
-------	--

※注 第二号被保険者の申請にあたっては、上記の「医療保険」欄を必ずご記入ください。

また、ご記入いただいた内容を確認するため、マイナポータル上の「資格情報」の確認画面若しくは保険者又は市が発行した「資格確認書」の写しの提出などが必要になります。

【裏面に続きます。裏面をご覧ください】

【同意署名及び申請者確認欄】

以下について同意される場合は、被保険者本人が署名（被保険者本人の意思を確認のうえ代筆可）し、また申請者がその行為をご確認した旨の署名をしてください。

・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、宮古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。

・火災・救急・その他災害時の救助情報として、関係機関に要介護認定情報を提示することに同意します。

・申請から認定まで30日を超える場合の通知（延期通知）については省略することに同意します。

本人署名

申請者署名

【認定結果通知の送付先】

※住所地以外への送付を希望する場合のみ記入

氏 名		本人との関係	
住 所	〒 電話番号		