別記様式第3号(第4条関係)　　記入例

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 / 区分変更) 申請書

(宛先)　新潟県見附市長

次のとおり申請します。　　申請年月日　令和　○○年○○月○○日

被保険者	被保険者番号	0 0 0 0 0 1 2 3 4 5	個人番号		
	医療保険 保険者名				
	医療保険 被保険者証	記号	番号	枝番	
	フリガナ	ミツケ タロウ	生年月日	明・大・(昭) 7年12月12日	
	氏名	見 附 太 郎	性別	(男) ・ 女	
	住所	〒954-0052 見附市学校町2-13-30　電話番号 61-1350			
	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 令和3年5月1日 から 令和4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。 (既に認定結果通知書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 令和　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(短期入所を除く)	介護保険施設の名称等・所在地 □□□□(施設名)	期間 ○年 ○月○日～ 年 月 日		
		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 ○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		

※後期高齢者医療、国民健康保険以外の医療保険にご加入の方は医療保険証の写しを添付してください

有の場合は施設名・病院名を記入してください。

申請者	見附 花子	被保険者との関係	子の妻
申請者住所	〒954-0052 見附市学校町2-13-30　電話番号 (61) 1350		
提出代行者名称	該当に○(地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・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)		

申請に来られる方のお名前をご記入ください。

主治医	主治医の氏名	□□先生	医療機関名	□□病院
	所在地		電話番号	

かかりつけ医を記入してください。入院されている場合は、入院先の病院になります。

第2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)のみ記入

特定疾病名	

介護サービス計画又は介護予防サービス計画、介護予防ケアマネジメントを作成する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、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。

上記をよくお読みの上、介護保険を利用される方のお名前を記入してください。 → 本人氏名　見附　太郎