

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

申請書

沖縄県浦添市長 様

次のとおり申請します。

郵送申請の場合、マイナンバーの記入・写しの添付は不要です。

年 月 日

介護保険 被保険者番号																					
医療 保険	保険者名	浦添市(国保)	沖縄県後期高齢者医療広域連合	保険者番号																	
	被保険者証	記号		枝番																	
フリガナ		ウラソエ ハナコ		年 月 日																	
医療保険の記入が 全員必要になり ました ①医療保険証(郵 送の場合は写し) ※生活保護(医療 保険未加入)場合 は記入不要です		浦添 花子		保険者名 ・国保の場合→"浦添市"に○ ・後期高齢者医療保険の場合→"後期高齢者医療広域連合"に○ ・社会保険の場合→その他に記入ください。		女															
		浦添市安波茶1-1-1		電話番号																	
者	※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			～	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。 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・所在地			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												
	医療機関の名称等・所在地			期 間	年 月 日			～	年 月 日												
	医療機関の名称等・所在地			期 間	年 月 日			～	年 月 日												
有 ・ 無			期 間	年 月 日			～	年 月 日													

申請者	浦添 太郎	被保険者との関係	長男
申請者住所	〒 電話番号: 携帯 ・ 自宅		
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)		

主治医	主治医の氏名	安波茶 次郎	医療機関名	安波茶第二病院
	所在地	〒901-2114 浦添市安波茶X-Y-Z 電話番号 098-876-XXXX		

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

特定疾病名	
-------	--

※同意に関する事項(同意される場合は口内にレ点を記載)

私は、介護サービス計画または介護予防サービス計画を
要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による
センター、居宅介護支援事業者もしくは介護保険施設の
**64歳以下の方が申請する場合は
特定疾病の記入が必要です。**

私は、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。

私は、市が認定調査を居宅介護支援事業所等に委託したときは、その調査に必要な住所、氏名、連絡先等
の事項を当該委託先に提示することに同意します。

本人氏名: 浦添 花子 代筆者氏名: 浦添 太郎 本人との続柄: 長男