

記入例 (要介護認定  
要介護更新)

天塩町長様  
次のとおり申請します。

※被保険者証(ピンク色)の記載内容を記入してください。医療保険の欄は病院などにかかる際に使用する保険証の内容を記載してください。新規申請の場合は前回情報欄は記載不要です。個人番号(マイナンバー)は必ず記入してください。分からない場合は同意書と一緒に提出していただければこちらで調べます。

		申請年月日		令和 年 月 日	
介護保険被保険者番号		個人番号			
医療保険	保険者名	保険者番号			
	被保険者証	記号	番号	枝番	
フリガナ		生年月日		明・大・昭・平	
氏名				年 月 日	
		性別		男 ・ 女	
被	住 所	〒 電話番号			
保	前回の要介護認定の結果等	要介護状態区分	1 2 3 4 5		
險	※要介護・要支援更新認定の場合のみ記入	要支援状態区分	1 2		
者		有効期間	令和 年 月 日から	令和 年 月 日	

有無に○をつけて、有の場合は入所または入院していた施設(病院)名・住所・期間を記入してください。

過去6ヶ月間の介護保険施設・医療機関等入院入所の有無	名称等	期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	介護保険施設の所在地	期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	医療機関等の所在地	期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	有 ・ 無	医療機関等の所在地	期間

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・指定介護療養型医療施設、介護医療院)	
	住所	〒 電話番号	

主治医の氏名、病院名などを記入してください。

主治医	主治医の氏名	医療機関名
	所在地	〒 電話番号

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	
-------	--

※40歳~64歳までの方は該当する特定疾病名を記入してください。

※被保険者氏名を記入してください。

本人氏名

介護サービス計画(要介護認定)及び介護予防サービス計画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、介護認定書等を作成するに必要とする調査項目及び主治医意見書を天塩町から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業所等に提出し、天塩町から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業所に提出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。