

記入例

介護保険
{ 要介護認定
 要介護更新認定

※被保険者証（ピンク色）の記載内容を記入して下さい。新規申請の場合は前回要介護認定の結果等の欄は記載不要です。個人番号も必ず記載して下さい。

天塩町長様
 次のとおり申請します。

被 保 険 者	被保険者番号											申請年月日	令和 年 月 日						
	フリガナ											個人番号							
	氏名											生年月日	明・大・昭 年 月 日						
												性別	男 ・ 女						
	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	有効期間				年	月	日から	年	月

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											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・指定介護療養型医療施設）															
	住所	〒															

※有無に○を付け、有の場合は、過去6ヶ月間の入院をしてい内容を記載して下さい。

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

医療保険者名											医療保険被保険者証記号番号					
特定疾病名																

※かかりつけ医の氏名・病院名等を記入して下さい。

介護サービス計画又は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・要支援認定意見、及び主治医意見書を天塩町から地域包括支援センター又は介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載していただきます。

※40歳～64歳の方は、加入している医療保険名等を記入して下さい。（申請書提出の際に保険証の提示をお願い致します。）
 （コピーの添付が必要なためです。）

本人氏名 ※被保険者名を記入して下さい。

