別記様式第１２号

記　　入　　例

※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も一緒に提出していただければこちらで調べます。

介護保険　要介護認

天　塩　町　長　　様
次のとおり申請します。

				申請年月日	令和　年　月　日
被保険者	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	
	医療保険 被保険者証	記号		番号	枝番
	フリガナ			生年月日	明・大・昭・令　年　月　日
	氏　名			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　令和　年　月　日から令和　年　月　日			
	変更申請の理由	※変更の理由を必ず記載してください。			
	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	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		

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。

提出代行者	名　称	該当に○
	住　所	〒

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。

介護サービス　　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　　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　　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。

本人氏名

※被保険者氏名を記入してください。